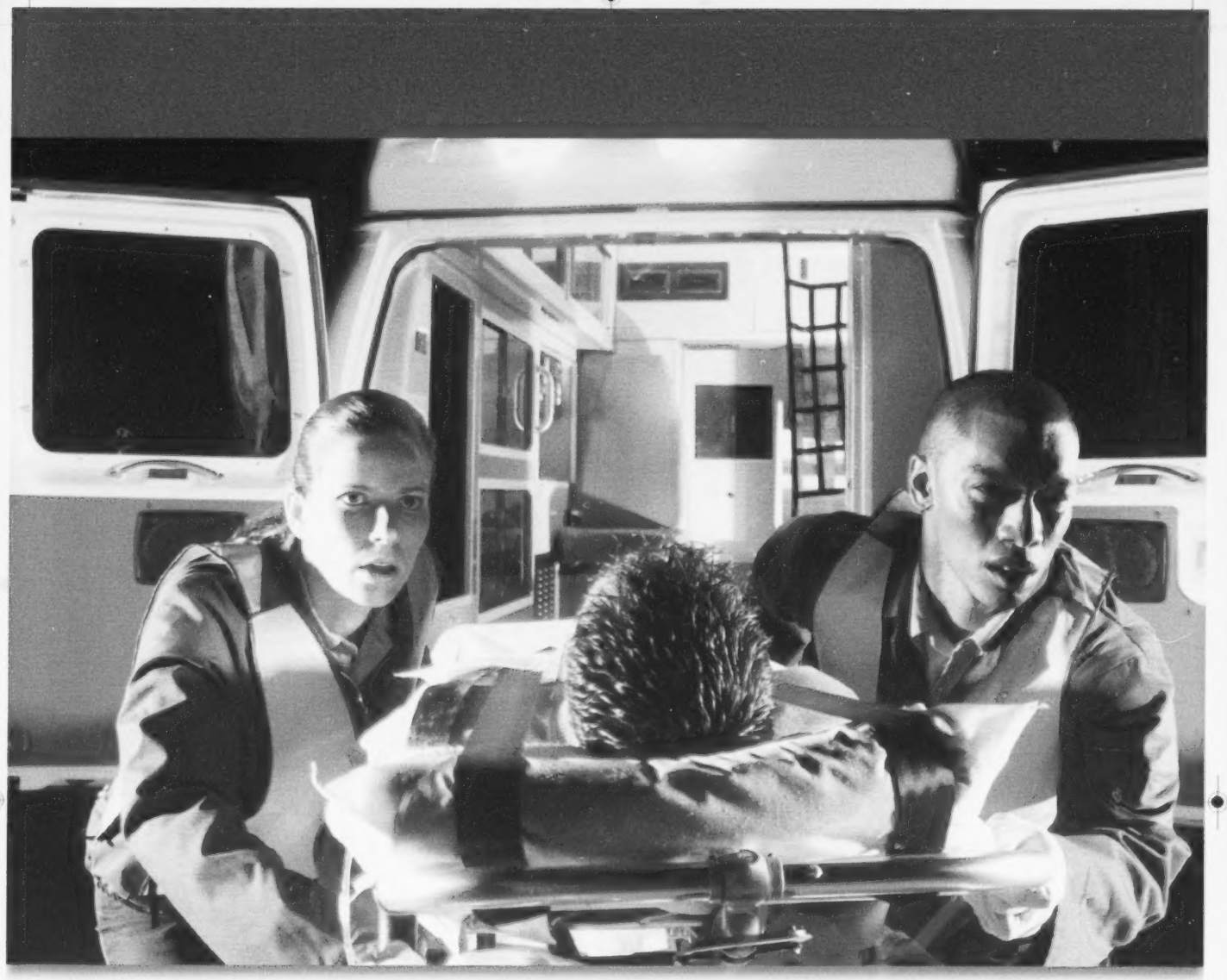

Les soins paramédicaux en Ontario : étude de la demande de réglementation des soins paramédicaux conformément à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

volume 2

Ontario
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Table des matières

Critères et processus.....Section I

Examen Par Territoire.....Section II

Examen de la Jurisprudence.....Section III

Analyse de la Documentation (Partie I & 2).....Section IV

SECTION I

Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées:

Critères et processus

Table des matières

1	À propos du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS)	1
2	Application des critères	2
3	Critères de réglementation d'une nouvelle profession en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*	4
4	Processus de formulation des recommandations	14
5	Accès à l'information	16
	Annexe A : Qu'est-ce qu'une preuve?	17

1. À propos du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS)

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) a été établi en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la Loi), et a reçu le mandat, prévu par la Loi, de conseiller le ministre au sujet de questions réglementaires relatives aux professions de la santé en Ontario. Ses fonctions consistent à conseiller le ministre sur diverses questions, notamment :

- la réglementation de professions de la santé;
- la déréglementation de certaines professions de la santé réglementées;
- les modifications à la *Loi sur les professions de la santé réglementées*;
- les modifications à une loi sur les professions de la santé ou un règlement découlant de ces lois;
- les programmes d'assurance de la qualité et de relations avec les patients des ordres des professions de la santé;
- toute question concernant la réglementation des professions de la santé qui lui ont été soumises par le ministre.

Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée considère les recommandations du CCRPS comme une source indépendante de conseils fondés sur les preuves pour la formulation de politiques concernant la réglementation des professions de la santé en Ontario. Lorsqu'il formule ses conseils et prépare ses recommandations, le CCRPS est indépendant du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, des ordres des professions de la santé réglementés et des associations des professions de la santé et des fournisseurs de soins, ainsi que des groupes concernés par les questions à propos desquelles il délibère. Ainsi, le CCRPS n'est pas tenu de nouer des alliances et est libre de tout conflit d'intérêts, et en mesure d'exercer ses activités de manière juste et impartiale.

Le CCRPS ancre l'examen de questions relatives à la réglementation des professions de la santé dans les principes absolus suivants[1] :

- Répondre aux attentes du public en matière d'accès amélioré à des soins sûrs et de qualité supérieure;
- Soutenir les soins interprofessionnels et optimiser la contribution de tous les professionnels de la santé;
- Appliquer les normes de réglementation des professionnels de la santé;
- Assurer un programme de responsabilisation partagée qui favorise et valorise la collaboration et la confiance;
- Utiliser les ressources de manière efficace;
- Soutenir le système de soins de santé;
- Maintenir l'autoréglementation.

Le CCRPS présente ses recommandations dans un rapport remis au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Ce rapport est confidentiel jusqu'au moment où le ministre le rend public. En vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, les recommandations du CCRPS ne sont que des conseils. Le ministre n'est pas obligé de les accepter. La publication des rapports du CCRPS et les mesures de suivi sont à la discrétion du ministre. Si ce dernier décide d'accepter les conseils du CCRPS, il incombe au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de les mettre en œuvre conformément aux instructions du gouvernement.

Pour de plus amples renseignements au sujet du mandat et du rôle du CCRPS, veuillez visiter le site Web de l'organisme à l'adresse suivante : www.hprac.org.

---

[1] CONSEIL CONSULTATIF SUR LA RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ. *LIENS ESSENTIELS : Transformation et soutien des soins aux patients*, Toronto, janvier 2009, p. 5.

2. Application des critères

Les lignes directrices suivantes ont pour but d'aider les professions à préparer leur demande. Une nouvelle profession ayant effectué une demande de réglementation en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* est évaluée selon la méthodologie suivante. Le CCRPS emploie une évaluation en deux parties comme moyen de déterminer s'il recommande ou non la réglementation d'une profession de la santé. Dans la première partie de l'évaluation (critères primaires), le CCRPS détermine si le requérant remplit le critère « seuil du risque de préjudice » à prendre en considération pour une réglementation en vertu de la Loi. Cette partie est conçue afin de veiller à ce que l'évaluation maintienne un point de mire sur le « risque de préjudice ». Dans la seconde partie (critères secondaires), le CCRPS détermine la pertinence d'une réglementation d'une profession qui aura été considérée comme présentant un risque de préjudice pour le public. Les critères secondaires aident également à déterminer si la demande répond aux principes absolus présentés en page 1.

Toutes les propositions de réglementation de nouvelles professions en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* sont évaluées en fonction des critères suivants. Veuillez noter que, comme le veut la Loi, le CCRPS évalue si une profession se prête à une réglementation uniquement à la demande du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Afin de déterminer si les critères primaires et secondaires sont remplis, le CCRPS se fonde sur les preuves vérifiables et pertinentes fournies par les requérants.[2] Ainsi, il incombe aux requérants de présenter les preuves se rapportant aux critères primaires et secondaires énoncés ci-dessous. Les critères du CCRPS pour réglementer une nouvelle profession sont continuellement mis à jour afin de suivre la constante évolution du paysage de la réglementation des professions de la santé et du système de santé en Ontario.

Critères primaires :

Les critères primaires servent à déterminer si la profession qui cherche à être réglementée en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* présente un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public, et s'il est dans l'intérêt général que cette profession soit réglementée. Le requérant doit donner la preuve qu'il peut y avoir un risque de préjudice pour le public. Ainsi, une nouvelle profession qui cherche à être réglementée en vertu de la Loi doit atteindre le « seuil de risque de préjudice ». Pour atteindre ce seuil, le requérant doit remplir les trois conditions ci-dessous et établir des preuves pertinentes et vérifiables afin de prouver que :

- la profession a des fonctions et entreprend des procédures, des interventions ou des activités vraisemblablement susceptibles d'entraîner un préjudice physique, émotionnel ou mental pour les patients ou clients, y compris lorsque le professionnel prodigue des services sous la supervision directe ou indirecte d'un autre professionnel de la santé réglementé ou non réglementé;
- la profession prend des décisions ou pose des jugements qui peuvent avoir une incidence importante sur la santé physique ou mentale des patients ou clients, y compris lorsque le professionnel prodigue des services sous la supervision directe ou indirecte d'un autre professionnel de la santé réglementé ou non réglementé;
- l'exercice des fonctions et des activités s'accompagne d'un risque de préjudice potentiel important.

Les requérants qui remplissent les critères primaires au moyen de preuves pertinentes et vérifiables feront ensuite l'objet d'une évaluation afin de déterminer la mesure dans laquelle ils remplissent les critères secondaires.

---

[2] Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir une description du terme « preuve ». Dans le présent contexte, une preuve est pertinente lorsqu'elle rend l'existence de tout fait ayant in impact sur la détermination de la décision ou du résultat plus probable ou moins probable que ce qui aurait été le cas sans cette preuve.

Critères secondaires :

Une fois les critères primaires satisfaits au moyen de preuves pertinentes et vérifiables, le CCRPS applique des critères secondaires afin d'évaluer la pertinence de la réglementation en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*. Les critères secondaires :

- ont un poids égal;
- soulignent des facteurs particuliers à la profession et déterminent si une réglementation en vertu de la Loi est en fait le moyen le plus approprié de protéger le public;
- aident les requérants à mieux comprendre où se situent les exigences de la réglementation en vertu de mesures législatives et, ce faisant, donnent une indication des questions qui préoccupent le CCRPS;
- visent à cerner d'autres facteurs saillants devant être abordés afin de déterminer si la réglementation en vertu de la Loi est dans l'intérêt du public;
- ne visent pas à créer un obstacle pour une profession qui répond aux critères primaires pour empêcher la réglementation en vertu de la Loi.

Le CCRPS ne décide pas nécessairement de ne pas recommander la réglementation d'une profession si la demande ne satisfait pas à tous les critères secondaires. Cependant, le CCRPS recommande fortement que les requérants déploient les efforts nécessaires pour fournir toutes les preuves pertinentes afin d'appuyer leur demande en vue de permettre au CCPS de prendre des décisions éclairées.

3. Critères de réglementation d'une nouvelle profession en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*

Afin de déterminer si une profession de la santé devrait être réglementée en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, le CCRPS applique les critères primaires et secondaires présentés ci-dessous. Il est nécessaire de satisfaire aux critères primaires pour envisager de réglementer une profession en vertu de la Loi. Si les requérants remplissent les critères primaires, une évaluation a ensuite lieu afin de déterminer la mesure dans laquelle ils remplissent les critères secondaires. Les critères secondaires sont d'importance égale. Ils ont été organisés en fonction des thèmes suivants : autonomie professionnelle; compétences et champ d'exercice; mécanismes de réglementation et répercussions économiques; et incidence sur le système de santé.

Critères primaires

Critères primaires : Risque de préjudice

Le principe fondamental de réglementation des professions de la santé en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* est de protéger le public de tout préjudice lorsque des soins de santé sont prodigués, car il est dans l'intérêt général de le faire. Ainsi, il est essentiel de démontrer que la profession de la santé cherchant à être réglementée en vertu de la Loi pose un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public. Le terme « risque de préjudice » fait référence aux actes pour lesquels un risque important de préjudice physique ou mental peut découler de l'exercice inapproprié de la profession.[3] Ce critère a pour but de clairement définir la mesure du préjudice que peut présenter la profession pour la santé et la sécurité du public. Lorsque le requérant considère le risque de préjudice dans ce contexte, il doit déterminer les risques associés à l'exercice de la profession, distincts des risques inhérents au domaine de soins de santé au sein duquel s'exerce la profession.

Information requise :

1. Donner une description générale des services fournis par les membres de la profession.
2. Préciser et décrire les modalités de diagnostic utilisées par les membres de la profession.
3. Préciser les champs d'exercice, les diagnostics, les traitements, les interventions, les modalités et les services :
   a) les actes sont exécutés exclusivement par les membres de la profession;
   b) les actes sont aussi exécutés par d'autres professionnels de la santé réglementés;
   c) les actes sont aussi exécutés par d'autres professionnels de la santé non réglementés;
   d) les actes sont exécutés conjointement avec d'autres professionnels de la santé réglementés, avec des exemples précis et des renseignements sur ce qui suit : *Inclure des copies de littérature scientifique et d'autres documents publiés, et y faire référence.*
      - la nature des actes et la mesure dans laquelle ils sont aussi exécutés par d'autres professionnels de la santé;

[3] La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* stipule qu'« aucune personne, autre qu'un membre qui donne un traitement ou des conseils entrant dans l'exercice de sa profession, ne doit donner de traitement ou de conseils à une personne en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir qu'un préjudice corporel grave puisse découler du traitement ou des conseils ou d'une omission dans le traitement ou les conseils ». L'objectif est de couvrir les actes dangereux qui pourraient ne pas être précisément interdits par les actes autorisés, particulièrement pour couvrir les activités pouvant poser un risque imprévisible. En référence au rapport du CCRPS de 2006 intitulé *Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations*, à la page 63 où il est mentionné l'affaire R. C. McCraw [1991] 3 S.C.R. 72, Steinecke note que le terme « lésion corporelle » remplace le terme « lésion physique » de façon à englober le préjudice mental, voir STEINECKE, R. *A Complete Guide to the RHPA*. Aurora: Canada Law Book, 2010, 11:20.30.

- les modalités de diagnostic et de traitement et les services offerts par les praticiens. Expliquer comment ils peuvent être différents de ceux offerts par d'autres professionnels de la santé.

4. Décrire les diagnostics ou les évaluations, les interventions, les substances, les modalités de traitement et les services fournis par la profession comportant un risque de préjudice pour les patients ou les clients. *Inclure des copies de littérature scientifique et d'autres documents publiés, et y faire référence.*
5. Expliquer la mesure dans laquelle il y a risque pour la sécurité publique si la profession n'est pas réglementée. Répondre notamment aux questions suivantes :
   a) Expliquer la nature et la gravité du risque de préjudice pour les patients ou les clients. *Inclure des copies de littérature scientifique et d'autres documents publiés, et y faire référence.*
   b) Donner des exemples de patients ou de clients qui ont subi un préjudice de la part d'un praticien ayant prodigué des services de façon incompétente ou inappropriée. *Inclure des copies de littérature scientifique et d'autres documents publiés, et y faire référence.*
   c) Dans la mesure du possible, indiquer le taux et la nature des plaintes reçues pour préjudice par des associations professionnelles et des organismes connexes au cours des 10 dernières années.
   d) Décrire les processus disciplinaires ou d'investigation en place, ainsi que les conclusions de ces processus. Dans la mesure du possible, joindre des documents pertinents pour illustrer ces exemples.
6. Expliquer les effets prévus de la réglementation sur le risque actuel de préjudice présenté par la profession.
7. Lorsque la profession fait l'objet d'une supervision par des professionnels réglementés ou non réglementés, quels sont les mécanismes directs et indirects en place pour assurer la prestation de soins sûrs, dont la qualité des services rendus?
8. Quelle est la proportion des praticiens de la profession exerçant leurs fonctions sans supervision directe et indirecte?
9. Dans quelle mesure les récentes avancées en matière de traitement et de technologie contribuent-elles aux risques potentiels de préjudice que peut poser la profession?
10. Expliquer l'expérience de la profession en matière de responsabilité civile et d'assurance, y compris le pourcentage de praticiens qui ont souscrit une assurance de responsabilité civile. Quelle est la position des associations professionnelles et des organismes connexes à ce sujet?
11. Décrire les processus entrepris pour déterminer le besoin du public en matière de réglementation et les réactions ou les résultats obtenus.
12. Quels sont les titres professionnels qui devraient être réservés aux membres de la profession? Pourquoi?
13. Décrire toute circonstance connue en vertu de laquelle un membre de la profession devrait s'en référer à un autre professionnel de la santé?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

Critères secondaires

Critères secondaires

Critère : Autonomie professionnelle

L'élément central de l'autonomie professionnelle repose sur la certitude que les professionnels ont la liberté d'exercer leur jugement professionnel relativement aux soins et au traitement de leurs patients. Ce critère a pour but d'évaluer la mesure dans laquelle la profession permet l'exercice du jugement professionnel de manière autonome dans la prestation des soins.

Information requise :

1. Dans quelle mesure les membres de la profession exercent-ils de manière autonome?
2. Certains membres de la profession jouissent-ils d'une plus grande autonomie que d'autres? Dans l'affirmative, décrire les facteurs qui ont le plus d'influence sur le degré d'autonomie d'un professionnel?
3. Quelles sont les mesures en place actuellement pour assurer la responsabilisation des membres de la profession?
4. Quels sont les méthodes, les procédures, les tâches ou les services particuliers, le cas échéant, assujettis à un degré plus ou moins important de responsabilisation?
5. Comment l'autoréglementation a-t-elle une incidence sur le modèle actuel de responsabilisation? Dans quelle mesure ce changement servirait-il l'intérêt général?
6. Les membres de la profession exécutent-ils des actes contrôlés sous la supervision de professionnels réglementés? Dans quelle mesure ce changement servirait-il l'intérêt général?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

Critères secondaires

Critère : Exigences en matière d'éducation pour exercer la profession

Le requérant doit démontrer que la profession a défini les cheminements nécessaires vers la profession. Un cheminement peut s'amorcer par un programme d'études terminé avec succès dans un établissement d'enseignement agréé ou par un programme postsecondaire offert dans un établissement d'enseignement reconnu. Ces établissements prépareront les candidats à satisfaire aux compétences requises, validées par un organisme indépendant. Ce critère a pour but d'évaluer si la profession possède les qualifications et les compétences nécessaires à la prestation de soins sûrs et compétents dès l'entrée dans la profession.

Information requise :

1. Décrire les programmes d'éducation et de formation clinique et pratique offerts en Ontario. Décrire les expériences théoriques, cliniques et pratiques :
   a) Décrire comment l'ensemble des connaissances de la profession et l'approche envers les modalités de diagnostic et de traitement et les services sont enseignés dans ce programme.
   b) Faire le lien entre l'éducation et la formation et les capacités de diagnostic et d'évaluation, les modalités de traitement et les services.
   c) Quel pourcentage des praticiens de la profession ont étudié et suivi une formation en Ontario?
   d) Quel pourcentage des membres de l'association professionnelle ont étudié et suivi une formation en Ontario?
   e) Quel pourcentage de ces programmes sont agréés par un organisme reconnu d'agrément provincial ou national?
2. Décrire les programmes ontariens et canadiens d'éducation théorique et de formation clinique et pratique proposés aux personnes qui souhaitent exercer la profession. Décrire les expériences théoriques, cliniques et pratiques :
   a) Décrire comment l'ensemble de connaissances et l'approche envers les modalités de diagnostic et de traitement et les services de la profession sont enseignés dans ces établissements.
   b) Faire le lien entre l'éducation et la formation et les capacités de diagnostic et d'évaluation, les modalités de traitement et les services.
3. Déterminer et expliquer les principales différences entre les programmes offerts dans différents territoires de compétence.
4. Quels sont les diplômes et attestations requis par les organismes suivants :
   a) l'association professionnelle, comme critère d'adhésion;

b) les employeurs;
c) d'autres instances canadiennes, comme critère d'inscription à un organisme de réglementation.

5. Quel besoin, le cas échéant, a-t-on déterminé pour divers niveaux d'inscription?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

Critères secondaires

Critère : Ensemble de connaissances et champ d'exercice

Ce critère présume un croisement entre l'ensemble de connaissances et le champ d'exercice. Le terme « ensemble de connaissances » fait référence à la mesure dans laquelle les praticiens doivent recourir à un ensemble distinct de concepts, de termes et d'activités dans l'exercice de la profession. Le champ d'exercice se rapporte aux règlements, réglementations et limites dans le cadre desquels un professionnel de la santé qualifié possédant la formation, les connaissances et l'expérience appropriées peut pratiquer dans un domaine de soins de santé. Ce critère a pour but d'évaluer s'il existe un ensemble de connaissances pouvant servir de fondement au champ d'exercice de la profession.

Information requise :

1. Décrire l'essentiel de l'ensemble des connaissances de la profession. *Inclure des copies de littérature scientifique et d'autres documents publiés, et y faire référence.*
2. L'ensemble des connaissances de la profession du requérant chevauche-t-il ceux de professions actuellement réglementées? Veuillez joindre les preuves visant à étayer votre réponse.
3. La profession souscrit-elle aux pratiques fondées sur des données probantes? Dans l'affirmative, fournir des exemples sur la façon dont les stratégies de traitement, les interventions, les modalités et les services sont fondés sur des données probantes. Veuillez joindre les preuves visant à étayer votre réponse. *Les preuves appropriées comprennent la littérature scientifique et autres documents publiés.*
4. La pratique de la profession repose-t-elle sur des preuves d'efficacité? Dans l'affirmative, fournir des exemples sur la façon dont les stratégies de traitement, les interventions, les modalités et les services sont fondés sur l'efficacité. Veuillez joindre les preuves visant à étayer votre réponse. *Les preuves appropriées comprennent la littérature scientifique et autres documents publiés.*
5. Décrire le champ d'exercice proposé pour la profession. Expliquer le rapport entre le champ d'exercice et l'ensemble de connaissances décrit ci-dessus. *Inclure des copies de littérature scientifique et d'autres documents publiés, et y faire référence.*
6. Dans quelle mesure l'association professionnelle ou d'autres organismes établissent-ils des normes d'exercice pour les modalités de diagnostic et de traitement et les services fondés sur l'ensemble de connaissances déterminé? Comment ces normes sont-elles appliquées? Fournir une copie des normes d'exercice et des lignes directrices déontologiques.
7. La profession du requérant exige-t-elle un engagement relatif à un perfectionnement professionnel continu? Dans l'affirmative, fournir des renseignements écrits sur les programmes actuels liés au perfectionnement professionnel continu.

Pour la question suivante, donnez la raison de votre position; incluez des éléments comme l'ensemble de connaissances, la formation et les normes d'exercice. Veuillez inclure des copies de littérature scientifique et d'autres documents publiés étayant votre position et raison, et y faire référence.

8. En ce qui a trait à la portée proposée du champ d'exercice :
   a) Quels actes contrôlés (le cas échéant) les membres de la profession devraient-ils être autorisés à réaliser?

b) Quels actes précis (le cas échéant) les praticiens devraient-ils être autorisés à déléguer à d'autres? Préciser les circonstances dans lesquelles les membres de la profession peuvent décider de déléguer un acte contrôlé.
c) Quelles modalités de diagnostic et de traitement et quels services les membres de la profession devraient-ils être autorisés à exécuter?
d) Quelles limites, le cas échéant, devrait-on imposer aux membres de la profession? Quels actes associés au champ d'exercice, le cas échéant, la profession ne devrait-elle pas être autorisée à exécuter? Quelles capacités de diagnostic et d'évaluation, quelles modalités de traitement et quels services ne font pas partie du champ d'exercice des membres de la profession?
e) Si un nouvel acte contrôlé est requis, décrire la mesure dans laquelle cet acte devrait être exclusif à la profession. Dans quelle mesure l'acte proposé peut-il être exécuté par d'autres professions? Quelles sont les possibilités de partage existantes, décrire les consultations qui se sont déroulées de concert avec les intervenants concernés.
f) Expliquer comment le champ d'exercice proposé sert l'intérêt général et assure une protection adéquate des patients ou des clients sans restreindre indûment le choix du public en ce qui a trait aux fournisseurs de soins de santé.
g) Existe-t-il actuellement des professions de la santé réglementées qui chevauchent le champ d'exercice proposé?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

Critères secondaires

Critère : Répercussions économiques de la réglementation

Le requérant doit démontrer qu'il est pleinement conscient du coût de la réglementation pour la profession, le public et le système de santé. Les coûts et les avantages du mécanisme de réglementation privilégié doivent être décrits. Le requérant est tenu de démontrer que les membres de la profession sont en mesure d'assumer pleinement les responsabilités et les coûts inhérents à la réglementation. Ce critère a pour but d'évaluer la durabilité et la viabilité de réglementer la profession en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées.*

Information requise :

1. Les organismes de réglementation des professions de la santé sont tenus de fournir un éventail de fonctions obligatoires en vertu de la Loi, notamment :
    a) établir les exigences pour l'admission à la profession;
    b) élaborer et promouvoir les normes de pratique;
    c) administrer des programmes d'assurance de la qualité;
    d) renforcer les normes de pratique et de conduite.

De plus, ils doivent soutenir la réglementation des professions dans l'intérêt du public :

    a) participer aux processus législatif et réglementaire;
    b) assurer la collecte et le partage de données statistiques au sujet des membres.

Dans le cadre de sa proposition, le requérant doit présenter un plan de développement viable en vue de démontrer la capacité de la profession à soutenir ces fonctions obligatoires. Le plan de développement doit comprendre une estimation des ressources financières requises afin d'assumer ces fonctions et la capacité de la profession du requérant à générer les ressources financières nécessaires au moyen de frais d'inscription et accessoires.

2. La réglementation en vertu de mesures législatives des professions de la santé peut entraîner des répercussions économiques et financières. Décrire les conséquences prévues pour la profession en ce qui concerne :
    a) les programmes d'éducation et de formation;

b) le système de soins de santé;
c) l'amélioration continue de la qualité;
d) l'accès aux soins;
e) l'efficacité et les coûts des services.

3. Expliquer comment le type privilégié d'organisme de réglementation assurera sa viabilité financière. Expliquer comment les membres de la profession seront en mesure d'assumer les fonctions d'exploitation et les responsabilités, y compris les coûts associés à l'administration de leur propre ordre professionnel (frais juridiques, etc.).
4. Décrire les coûts que les employeurs risquent d'assumer afin d'assurer qu'ils disposent de systèmes supplémentaires pour l'emploi de professionnels réglementés.
5. Calculer le coût du temps pris par les professionnels pour répondre aux exigences réglementaires qui aurait pu les détourner de leur principale fonction, à savoir prodiguer des soins.

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

Critères secondaires

Critère : Mécanismes de réglementation

Le requérant est tenu de démontrer que la réglementation en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* constitue le moyen le plus approprié de réglementer la profession. Le requérant doit explorer les régimes de réglementation potentiels, régis ou non par la loi, lesquels pourraient être appropriés et justifieraient d'être envisagés. En d'autres mots, le requérant est tenu de démontrer pourquoi un mécanisme de réglementation particulier est préférable à un autre. Ce critère a pour but de recueillir des renseignements afin d'établir la meilleure façon de réglementer la profession de la santé.

Information requise :

1. Les membres de cette profession sont-ils assujettis à un autre mécanisme de réglementation? Le cas échéant, fournir des détails.
2. Existe-t-il des motifs de croire que la profession doit être réglementée par son propre ordre professionnel? Le cas échéant, décrire les raisons pour lesquelles le requérant privilégie un modèle d'autorégulation plutôt qu'un autre (p. ex., autoréglementation volontaire, permis d'exercice, agrément, etc.).
3. La profession a-t-elle envisagé d'être réglementée dans le cadre d'un ordre de réglementation des professionnels de la santé existant? Décrire les conclusions et les résultats de cette discussion.
4. La profession a-t-elle envisagé de s'associer à des professions non réglementées actives dans un domaine similaire qui cherchent aussi à être réglementées? Décrire le processus et les conclusions de cette discussion.
5. Si l'autoréglementation en vertu de mesures législatives n'est pas une solution appropriée pour la profession, quelles autres formes de réglementation sont envisageables (p. ex., autoréglementation volontaire, permis d'exercice, agrément, etc.)? Comment d'autres lois applicables ou normes existantes pourraient-elles répondre aux besoins de la profession?
6. Dans la mesure du possible, fournir des copies des mesures législatives réglementant cette profession dans d'autres territoires de compétences, y compris le champ d'exercice prévu par la loi.

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

Critères secondaires

Critère : Capacité des dirigeants à favoriser l'intérêt général et appui des membres et volonté de la profession relativement à la réglementation

Le requérant doit démontrer que les représentants de la profession ont donné la preuve qu'ils feront la distinction entre l'intérêt général et celui de la profession. Les ordres de réglementation des professionnels de la santé ont reçu le mandat de donner la priorité à l'intérêt général. En outre, le requérant doit démontrer que les membres de la profession appuient la réglementation en nombre suffisant et sont suffisamment déterminés à y adhérer. Les membres de la profession pour laquelle une demande de réglementation est effectuée doivent également reconnaître qu'une réglementation exigera d'eux coûts, temps et efforts. Le requérant est tenu de démontrer que les membres de la profession sont suffisamment nombreux pour appuyer et financer, sur une base permanente, le nombre nécessaire de membres du personnel compétents pour faire fonctionner l'ordre de réglementation afin de poursuivre l'exercice efficace des fonctions. Ce critère a pour but d'évaluer si les représentants et les membres sont en mesure d'appuyer le mandat de réglementation relativement à la protection de l'intérêt public et s'ils sont déterminés à le faire.

Information requise :

1. Donner la preuve de l'engagement de la profession envers l'intérêt général (p. ex., communications, politiques ou procédures de l'association professionnelle).
2. Y a-t-il actuellement une procédure de plainte et disciplinaire pour la profession? Décrire le processus, et indiquer depuis quand le programme existe, et donner la preuve de la mesure dans laquelle il permet de déterminer et de rectifier les incidents de soins de qualité inférieure ou autres infractions?
3. Le cas échéant, décrire le code de déontologie dont la profession dispose actuellement.
4. La profession dispose-t-elle d'un processus de plainte proactif autodéterminé?
5. Les membres de la profession ou de l'association souhaitent-ils l'autoréglementation, et sont-ils prêts à fournir les ressources financières, le temps et les efforts nécessaires à l'autoréglementation? Décrire le processus de consultation entrepris et les mesures ou les résultats réalisés. Inclure la méthodologie de consultation, dont la taille des échantillons, le choix méthodologique, etc.
6. Les organismes connexes (p. ex., associations et ordres de réglementation des professionnels de la santé représentant les praticiens dans des domaines de soins de santé similaires ou connexes) approuvent-ils la nécessité de réglementer cette profession? Documenter les discussions et les résultats des processus de consultation entrepris à ce sujet.
7. Combien de personnes exercent cette profession en Ontario? Combien de praticiens sont membres d'une association? Fournir des chiffres vérifiés par un tiers indépendant.
8. Les praticiens non membres de l'ordre ou des ordres professionnels appuient-ils également la demande? Lorsque possible, fournir des chiffres vérifiés par un tiers indépendant.
9. Quelles mesures a-t-on prises pour aligner la profession avec un ordre de réglementation établi de professionnels de la santé?
10. Expliquer le barème de frais proposé pour les membres de l'ordre.

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

Critères secondaires

Critère : Incidence sur le système de santé

Le requérant est tenu de démontrer la mesure dans laquelle la réglementation de la profession entraînerait des

répercussions positives sur le système de santé relativement à la collaboration interprofessionnelle, la mobilité de la main-d'œuvre, l'accès aux soins, les résultats pour la santé et la productivité. Ce critère a pour but d'évaluer les répercussions générales d'une réglementation de la profession sur le système de soins de santé ontarien dans son ensemble.

a. Collaboration interprofessionnelle : La collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé est maintenant considérée prioritaire puisque les préoccupations relatives à la sécurité des patients, la santé et les pénuries en matière de ressources humaines, ainsi qu'à l'efficacité et l'efficience des soins sont maintenant considérables. Le requérant est tenu de démontrer la volonté et la capacité de la profession à collaborer efficacement avec d'autres professions dans le cadre d'un modèle de soins axé sur le patient. Ce critère a pour but d'évaluer dans quelle mesure la réglementation de la profession viendrait soutenir et maintenir la prestation collaborative des soins de santé.

Information requise :

1. La profession possède-t-elle les compétences nécessaires pour soutenir et maintenir une collaboration interprofessionnelle?
2. Quelles déclarations publiques, le cas échéant, la profession a-t-elle faites au sujet de la collaboration interprofessionnelle? Fournir les déclarations ou exposés de principe publiés à cet effet.
3. Indiquer les groupes professionnels avec lesquels la profession collabore le plus souvent. Pour chaque profession, décrire les liens de travail typiques, y compris les processus décisionnels, ainsi que les structures et donner des exemples de la façon dont les mesures de soutien mutuel bénéficient aux patients ou aux clients.
4. Donner des exemples d'initiatives prises par la profession pour accroître la collaboration avec d'autres groupes professionnels, par exemple :
    a) politiques internes encourageant la collaboration;
    b) compétences exigées pour exercer la profession;
    c) formation et éducation interprofessionnelle;
    d) normes d'exercice communes.
5. Quelles répercussions générales l'autoréglementation aura-t-elle sur la profession relativement à la collaboration interprofessionnelle?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

b. Mobilité de la main-d'œuvre : L'incidence d'une loi nationale sur la mobilité de la main-d'œuvre sur les professions de la santé réglementées comprend une plus grande liberté de mouvement pour les fournisseurs de soins au Canada. En raison des conséquences éventuelles de cette réglementation sur la mobilité, le requérant doit démontrer une connaissance des risques et des avantages associés à une mobilité accrue de la main-d'oeuvre et décrire les stratégies envisagées pour faire face aux défis et saisir les possibilités. Ce critère a pour but d'évaluer l'incidence de la réglementation sur la mobilité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ainsi que sur l'offre et la demande des praticiens concernés.

Information requise :

1. La profession est-elle actuellement assujettie à une loi sur la mobilité de la main-d'œuvre d'une autre province? Dans l'affirmative, expliquer les répercussions éventuelles de l'inscription en Ontario de praticiens venant d'ailleurs.
2. Existe-t-il des normes d'exercice et des processus d'examen ou de désignation de compétences pour la profession?
3. Dans les cas où des praticiens d'autres régions du Canada sont autorisés à exécuter des actes et des tâches actuellement non sollicités par le requérant, comment le requérant entend-il résoudre les incohérences?

4. Quelles seraient les répercussions globales de la régulation sur l'offre et la demande des professionnels de la santé concernés?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

c. Accès aux soins : Étant donné l'importance de l'accès aux soins dans l'élimination des inégalités en matière de santé ainsi que dans la facilitation de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, le requérant est tenu de démontrer comment la réglementation permettra d'accroître un accès à des soins de santé sûrs, efficaces et de qualité supérieure en Ontario. Ce critère a pour but d'évaluer comment la réglementation de la profession aurait une incidence sur les besoins actuels des Ontariens en ce qui a trait aux soins de santé.

Information requise :

1. Existe-t-il des preuves de la nécessité d'une réglementation afin d'améliorer l'accès au type de soins prodigués par la profession?
2. Comment la réglementation de la nouvelle profession proposée aurait-elle une incidence sur l'accès aux services de santé?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

d. Productivité des ressources humaines en santé[4] **:** La profession doit démontrer comment la réglementation améliorera les résultats pour la santé (protection ou amélioration de la santé pour les particuliers ou les populations) en ce qui a trait aux apports des ressources humaines en santé (temps, efforts, compétences et connaissances). Ce critère a pour but d'évaluer si la réglementation de la profession aurait une influence sur les questions de productivité et de ressources humaines en santé.

Information requise :

1. La profession évalue-t-elle actuellement la productivité? Dans l'affirmative, élaborer.
2. Comment la réglementation améliorerait-elle la productivité de la profession?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

e. Résultats pour la santé : Ce terme se rapporte à l'incidence des activités de soins de santé de la profession sur les gens. Les résultats pour la santé relèvent généralement de l'un des trois domaines : clinique, psychosocial et qualité de vie. La profession doit démontrer comment la réglementation améliorera les résultats pour la santé. Ce critère a pour but d'évaluer les résultats pour la santé qui pourraient être attribuables aux interventions de la profession.

Information requise :

1. La profession mesure-t-elle les résultats pour la santé? Quelles sont les contributions de la profession

[4] La productivité se définit par la production par unité de moyens de production. Elle est fonction de la rapidité et de l'efficacité avec lesquelles nous effectuons les choses. La plupart des experts parlent de la productivité en termes de productivité au travail — le taux de production par unité de temps. Il s'agit d'une mesure utile dans les soins de santé puisque 70 pour cent des coûts en soins de santé sont attribuables au travail ou aux ressources humaines en santé. Source : CANADIAN POLICY RESEARCH NETWORKS. *Centre for Productivity and Health Human Resources – Working Smarter, Not Harder*, Ottawa, 2009 [en ligne] [http://www.cprn.org/documents/51766_EN.pdf].

relativement aux résultats positifs pour la santé?

2. Comment l'autoréglementation améliore-t-elle les résultats pour la santé?

Note : Veuillez joindre les preuves visant à étayer vos réponses.

4. Processus de formulation des recommandations

1. Le ministre peut demander au CCRPS d'entreprendre un examen d'une profession de la santé cherchant à être réglementée ou de questions relatives à la réglementation de professions de la santé, et de formuler des recommandations. En vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, le CCRPS n'entreprend des examens qu'à la demande du ministre.

2. Après réception de la recommandation du ministre, le CCRPS peut organiser une réunion avec le ou les requérants afin de discuter de l'échéancier et de toute autre question concernant la gestion du processus.

3. Si des professions similaires ou connexes participent à l'examen d'une demande, les réponses à la proposition pourraient aussi être examinées par le CCRPS. Les requérants sont informés, dans la mesure du possible, si le CCRPS a l'intention de regrouper des projets en cas de chevauchement des questions à l'étude.

4. Le CCRPS fournit aux requérants : (1) une trousse comprenant des questions et des directives visant à aider l'élaboration de la proposition; (2) des analyses menées par le CCRPS (p. ex., documentation, examen de la situation dans d'autres territoires de compétence, revue de la jurisprudence); (3) échéances; (4) toute autre documentation pertinente.

5. Cette documentation est également affichée sur le site Web du CCRPS : www.hprac.org.

6. À la réception de la proposition du requérant, le CCRPS avise les parties intéressées (p. ex., le public, les professionnels de la santé, les associations de professionnels de la santé, les ordres de réglementation des professionnels de la santé, etc.) que la réponse du requérant au questionnaire est affichée sur le site Web du CCRPS afin de recevoir des commentaires de ces parties intéressées.

7. À la suite de l'avis, les parties intéressées à l'examen peuvent participer au processus de rétroaction. Un avis de participation des parties intéressées à l'examen du CCRPS relativement à une question peut être communiqué au moyen du site Web du CCRPS (www.hprac.org) ou par le truchement des médias. Les parties intéressées sont invitées à visiter le site Web du CCRPS pour y consulter les mises à jour régulières concernant les demandes particulières ou suivre le CCRPS sur Twitter à l'adresse : http://Twitter.com/HPRACOntario afin d'y lire les mises à jour et les avis.

8. Le processus de rétroaction a pour but d'obtenir des commentaires relativement à la proposition de réglementation d'une profession ou à toute autre question de réglementation présentée au CCRPS par le ministre. Le CCRPS fournira des questions, des directives et des échéances afin de faciliter le processus de rétroaction. Les réponses des parties intéressées peuvent comprendre de l'information, ainsi que des citations et preuves le cas échéant, qu'ils considèrent comme pertinentes aux questions faisant l'objet d'un examen.

9. Les commentaires des parties intéressées peuvent être transmis par la plateforme de consultation en ligne du CCRPS, le courrier électronique, le télécopieur ou la poste. Afin d'assurer la transparence et d'encourager le dialogue libre, les commentaires reçus par le CCRPS sont affichés sur le site Web du CCRPS (veuillez consulter la section sur l'accès à l'information afin d'obtenir des directives).

10. Au besoin, le CCRPS peut consulter des experts et organiser des groupes de discussion ou des rencontres en vue d'obtenir des renseignements s'il le juge nécessaire aux fins de l'examen de la demande du ministre. Les personnes ou les organismes possédant un certain savoir-faire peuvent, à la discrétion du CCRPS, être invités à lui présenter des exposés, des rapports ou des soumissions. Il est possible que les résumés de ces séances

soient affichés sur le site Web du CCRPS (veuillez consulter la section sur l'accès à l'information afin d'obtenir des directives).

11. Le CCRPS mène toutes ses consultations dans les deux langues officielles. Dans certains cas, un préavis concernant le besoin de services en langue française peut être émis.

12. À la fin du processus de formulation des recommandations, le CCRPS soumet un rapport contenant ses recommandations au ministre aux fins d'examen. Ce rapport est confidentiel jusqu'au moment où le ministre le rend public. En vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, les recommandations du CCRPS ne demeurent que des conseils. Le ministre n'est pas obligé de les accepter. La publication des rapports du CCRPS et les mesures de suivi sont à la discrétion du ministre. Si ce dernier décide d'accepter les conseils du CCRPS, il incombe au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de les mettre en œuvre conformément aux instructions du gouvernement.

5. Accès à l'information

Les commentaires soumis font l'objet d'un examen par le CCRPS et l'aident à déterminer les recommandations appropriées qu'il formule à l'intention du ministre. Afin d'assurer la transparence et de favoriser un dialogue libre, les commentaires reçus peuvent être affichés sur le site Web du CCRPS conformément à la déclaration de confidentialité que l'on peut trouver à l'adresse suivante : www.hprac.org/fr/privacy.asp.

À moins qu'une demande ne soit faite au CCRPS et accordée, les renseignements et les commentaires reçus par les organismes sont considérés comme étant de l'information publique laquelle peut être utilisée et divulguée par le CCRPS. Le CCRPS peut divulguer de la documentation ou des commentaires ou des résumés de ceux-ci à d'autres parties intéressées (pendant et après la période de consultation). On considère qu'un particulier qui dépose une proposition dans laquelle il indique une affiliation à un organisme donné présente sa proposition au nom de cet organisme affilié.

Le CCRPS ne divulgue aucun renseignement personnel contenu dans la proposition d'un particulier dans laquelle aucune affiliation avec un organisme n'est précisée sans l'autorisation de ce particulier à moins d'y être tenu par la loi. Cependant, le CCRPS peut utiliser et divulguer le contenu de la proposition du particulier en vue de l'aider à remplir son mandat conféré par la Loi.

Le CCRPS se réserve le droit de refuser d'afficher une proposition, en totalité ou en partie, à sa seule discrétion : si la proposition n'est pas pertinente à la question à l'examen, ou si elle est comporte des propos injurieux, obscènes, malveillants, menaçants ou diffamatoires. Pour toute question relative à la collecte de cette information, veuillez communiquer avec le CCRPS au numéro 416 326-1550.

Annexe A : Qu'est-ce qu'une preuve?

[Traduction libre] « La preuve concerne les faits (réels ou affirmés) ayant pour but d'être utilisés en vue d'appuyer une conclusion. »[5]

Les types de preuves qui viennent éclairer le processus d'élaboration des politiques se regroupent ainsi : recherche, connaissances et information, et économie (voir le tableau 1). On demande habituellement des preuves afin de démontrer l'efficacité, d'invoquer la nécessité de mesures politiques, de guider une mise en oeuvre efficace ou d'établir un rapport coût-efficacité (faisabilité).[6] Le tableau ci-dessous est conçu pour guider le requérant relativement à ce qui constitue des preuves appropriées pour sa demande de réglementation. Le type de preuves requises varie en fonction du critère présenté dans la proposition.

Tableau 1: Types de preuves[7]

Types de preuves	Exemples*
Recherche	Preuves empiriques découlant d'essais de contrôle aléatoires (1) et d'autres essais
	Études analytiques comme les études de cohortes (2) ou les études cas-témoins (3)
	Analyses de séries chronologiques (4)
	Information anecdotique (5)
	Études qualitatives (6)
	Études avant-après (7)
	Sondages (8)
Connaissances et information	Résultats de processus de consultation auprès de réseaux et de groupes
	Connaissances d'experts (9)
	Littérature grise (10)
Économie	Viabilité financière (11)

* Voir les notes relatives aux définitions et autres détails.

Notes :

(1) Essai de contrôle aléatoire[8] : L'essai de contrôle aléatoire constitue la façon la plus rigoureuse de déterminer si une relation de cause à effet existe entre un traitement et des résultats, et d'évaluer le rapport coût-efficacité d'un traitement. Il comporte plusieurs caractéristiques importantes :

---

[5] OXMAN, A. D., LAVIS, J. N., LEWIN, S. et A. FRETHEIM. *Support Tools for Evidence-Informed Health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking?* Health Research Policy and Systems 7(Suppl 1):S1, décembre 2009 [en ligne] [http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf].

[6] BOWEN, S. et Anthony B. ZWI. *Pathways to "Evidence-Informed" Policy and Practice: A Framework for Action*, PLoS Medicine, Juillet 2005, Vol. 2, Nº 7 [en ligne] [http://www.who.int/rpc/evipnet/Pathways%20to%20Evidence-Informed%20Policy%20and%20Practice%20a%20framework%20for%20action.pdf].

[7] Ibid.

- L'attribution aléatoire aux groupes d'intervention.
- Les patients et les responsables d'un essai doivent ignorer la nature du traitement employé jusqu'à la fin de l'étude bien qu'une telle étude à double insu ne soit pas toujours envisageable ou appropriée.
- Tous les groupes d'intervention sont traités de manière identique à l'exception du traitement expérimental.
- Les patients font habituellement l'objet d'une analyse au sein du groupe auquel ils appartiennent, sans égard au fait qu'ils aient subi l'intervention prévue (analyse en intention de traiter).
- L'analyse est axée sur l'estimation de l'ampleur de la différence des résultats prédéfinis entre les groupes d'intervention.

(2) Étude de cohortes[9] : Cette étude permet d'identifier un groupe d'individus faisant l'objet d'un suivi au cours d'une période donnée afin d'observer l'incidence de leur exposition aux résultats. On utilise habituellement ce type d'étude pour observer l'incidence de facteurs de risque présumés qui ne peuvent être contrôlés de manière expérimentale, par exemple, l'incidence du tabagisme sur le cancer du poumon.

(3) Étude cas-témoin[10] : L'étude cas-témoin est une étude épidémiologique (l'épidémiologie est l'étude des facteurs qui ont une incidence sur la santé et les maladies des populations) souvent employée pour identifier les facteurs de risque d'un état pathologique. Ce type d'étude permet de comparer un groupe de patients ayant cet état pathologique avec un groupe de patients ne l'ayant pas, et d'observer rétroactivement comment les caractéristiques des deux groupes diffèrent.

(4) Analyse de séries chronologiques[11] : Une analyse de séries chronologiques constitue une collecte d'observations de données bien définies obtenues au moyen de mesures répétées au fil du temps. Par exemple, la mesure de la valeur des ventes au détail chaque mois au cours d'une année constitue une analyse de séries chronologiques. Les données recueillies irrégulièrement ou une seule fois ne correspondent pas à des séries chronologiques. Une analyse de séries chronologiques se divise en trois composantes : tendance (direction à long terme), saisonnalité (systématique, mouvements liés au calendrier) et irrégularité (non systématique, fluctuations à court terme).

(5) Information anecdotique : Cette information comporte, notamment, des observations et des expériences qui ne sont pas de nature scientifique.

(6) Étude qualitative[12] : La recherche qualitative fait appel aux entrevues individuelles en profondeur, aux groupes de discussion ou aux questionnaires en vue d'effectuer la collecte, l'analyse et l'interprétation de données sur ce que les gens font et disent. Ce type d'étude porte sur les significations, les concepts, les définitions, les caractéristiques, les métaphores, les symboles et les descriptions des choses. Elle est de nature plus subjective que quantitative, souvent exploratoire et ouverte.

(7) Étude avant-après[13] : Une étude avant-après mesure les caractéristiques particulières d'une population ou d'un groupe de personnes à la suite d'un événement ou d'une intervention et les compare avec celles qui précédaient l'événement ou l'intervention. Ce type d'étude permet d'en évaluer les répercussions.

---

[8] SIBBALD, B. et M. ROLAND. *Understanding controlled trials: Why are randomized controlled trials important?* British Medical Journal (BMJ), 316: 201 [en ligne] [http://www.bmj.com/content/316/7126/201].

[9] NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). *Glossary* [en ligne] [http://www.nhs.uk/news/Pages/Newsglossary.aspx].

[10] Ibid.

[11] AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *Time Series Analysis: The Basics*, 2008 [en ligne] [http://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/4a256353001af3ed4b2562bb00121564/b81ecff00cd36415ca256ce10017de2f!OpenDocument].

[12] Supra, voir note 5

[13] Supra, voir note 5

(8) Sondage[14] : La recherche par sondage est l'un des plus importants domaines d'évaluation de la recherche sociale appliquée. Le vaste domaine de la recherche par sondage couvre toute procédure de mesure qui comporte le fait de poser des questions à des répondants. Un sondage va du court formulaire de rétroaction papier-crayon à la longue entrevue individuelle en profondeur.

(9) Connaissances d'experts : On obtient les connaissances d'experts au moyen d'entrevues auprès de répondants clés.

(10) Littérature grise[15] : On définit la littérature grise comme étant l'information produite par tous les ordres du gouvernement, les secteurs universitaire, industriel et des affaires en formats électronique et imprimé et qui n'est pas publiée commercialement, c'est-à-dire que l'édition ne constitue pas l'activité principale de l'organisme de production (Conférence internationale sur la littérature grise, définition du Luxembourg, 1997 – Ajout à New York, 2004).
La littérature grise ne fait pas l'objet d'une publication commerciale ou d'une indexation dans les principales bases de données. Bien que l'on puisse remettre en question la qualité de la littérature grise, elle peut tout de même avoir une incidence sur la recherche, l'enseignement et l'apprentissage. Elle peut parfois constituer la seule source pour des questions de recherche particulières. Même si certains produits de la littérature grise sont un jour publiés, nombre de ces produits ne le sont pas. Puisque la littérature grise ne fait pas l'objet d'une évaluation par les pairs, elle doit être en conséquence examinée minutieusement. Voici des exemples de littérature grise :

- Thèses et dissertations
- Comptes rendus et sommaires de conférences
- Bulletins d'information
- Rapports de recherche (terminés ou non)
- Documents ou rapports publiés (dont les évaluations de politiques et les analyses statistiques)
- Caractéristiques techniques, normes et rapports annuels

(11) Viabilité financière : De façon à démontrer une viabilité financière, un plan de développement est nécessaire. Ce plan de développement permet à une entreprise de jeter un regard vers l'avenir, d'allouer des ressources et de se préparer à résoudre des problèmes et à tirer parti d'occasions favorables. Une des parties essentielles du plan de développement est le modèle de budget projeté. Un modèle de budget doit comprendre les prévisions des profits et pertes, des coûts (salaires, frais juridiques, frais de loyer, etc.), du flux de trésorerie, etc.

---

[14] COLORADO STATE UNIVERSITY, **[en ligne]** [http://writing.colostate.edu/guides/research/survey/]
[15] UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA LIBRARY. *What is Grey Literature?* 2011 [en ligne] [http://toby.library.ubc.ca/subjects/subjpage2.cfm?id=878].

SECTION II

Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées:

Examen Par Territoire

Réglementation des professions d'ambulancier paramédical et de préposé en soins médicaux d'urgence : examen par territoire

Rédaction :
Secrétariat du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS)

Décembre 2012

Table des matières

Objectif 3
Contexte 3
Méthode de recherche 4
Sommaire des principales constatations 5
État actuel de la profession 5
Les soins paramédicaux au Canada 6
Champ d'exercice 8
Mobilité de la main-d'œuvre 8
Agrément (Ontario) 9
États-Unis 9

Objectif

Cet examen vise à dresser le portrait de la réglementation des professions d'ambulancier paramédical et de préposé en soins médicaux d'urgence dans les provinces canadiennes, certains États des États-Unis, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Nous avons recueilli des données sur six thèmes :

1. l'état actuel de la réglementation de la profession;
2. les lois et les règlements ainsi que les règlements administratifs;
3. le champ d'exercice;
4. les actes autorisés et les actes interdits;
5. l'admissibilité à la profession et les exigences de perfectionnement continu;
6. les milieux d'exercice.

Contexte

À l'heure actuelle, les ambulanciers paramédicaux qui travaillent dans les services d'ambulance en Ontario sont régis par la *Loi sur les ambulances* et le Règlement 257/00.

Les critères d'inscription, l'admissibilité à la profession et les normes de pratique sont définis par la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les exploitants des services médicaux d'urgence et les directeurs médicaux des hôpitaux principaux.

L'Ontario Paramedic Association considère que la structure réglementaire actuelle est inadéquate, car elle ne couvre que les services d'ambulance.

D'autres types de professionnels paramédicaux ne sont pas couverts par la *Loi sur les ambulances* et ses règlements, notamment les équipes spécialisées des grands centres urbains (Toronto), comme les unités nautiques d'ambulanciers paramédicaux, les équipes d'intervention rapide, les unités de soins médicaux d'urgence à vélo, les unités tactiques d'aide médicale d'urgence, les unités de recherche et sauvetage en milieu urbain à l'aide d'équipement lourd, les équipes d'intervention en cas d'incident chimique, biologique, radiologique ou nucléaire et les unités de la Sécurité publique. Un grand nombre de ces intervenants travaillent en étroite collaboration avec les services de police et d'incendie, les unités nautiques, la Garde côtière canadienne, etc. L'existence d'une structure réglementaire encadrant ces professions paramédicales n'a pas été établie.

Le 28 juin 2007, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) a reçu une présentation du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, George Smitherman. Ce dernier souhaitait obtenir des conseils sur l'éventuelle réglementation des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et, le cas échéant, sur le champ d'exercice, les actes et les titres autorisés appropriés. Cette présentation a été confirmée par les deux ministres subséquents, et la réponse devrait être rendue d'ici le 31 décembre 2013[1].

Méthode de recherche

Nous avons examiné la législation, la réglementation et, le cas échéant, les règlements administratifs relatifs aux ambulanciers paramédicaux et aux préposés en soins médicaux d'urgence en vigueur dans les provinces canadiennes, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Australie et aux États-Unis. Au Canada, la profession est autoréglementée dans trois provinces (Alberta, Saskatchewan et Nouveau-Brunswick) et réglementée par le gouvernement dans les sept autres (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador).

De plus, nous avons consulté le site Web de chaque organisme de réglementation et de chaque association professionnelle de ces territoires. Lorsqu'il a été impossible de trouver les données pertinentes en ligne, nous avons interrogé des représentants de ces organismes et associations, par téléphone ou par courriel. Des grands thèmes ont été établis puis définis à partir des questions du ministre de la Santé et des Soins de longue durée (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Thèmes de recherche

Catégorie	Description
État actuel de la réglementation de la profession	La profession est-elle régie par une loi? Dans la négative, comment la population est-elle protégée? Cette catégorie peut aussi inclure des renseignements sur les mesures disciplinaires, le code d'éthique et la protection du titre, le cas échéant.
Lois et règlements ainsi que règlements administratifs pertinents	L'ensemble des lois, des règlements et des règlements administratifs à la base du modèle de réglementation. Un organisme tient généralement le pouvoir de réglementer de ces outils.
Champ d'exercice	Le « champ d'exercice » consiste en une description des services que les membres d'une profession sont légalement autorisés à offrir et des actes qu'ils sont légalement autorisés à exécuter. On y précise ce qui peut être fait par les membres de la profession et la manière dont ils doivent le faire. Il s'agit de l'éventail des activités pouvant être exercées par un praticien autorisé. (Conference Board du Canada, 2007)
Actes autorisés et actes interdits	Dans les territoires qui s'appuient sur un régime d'actes autorisés, on réserve l'exercice de certains actes à un groupe de professionnels réglementés. Ailleurs, les actes interdits à la profession sont énumérés dans une loi, un règlement ou un règlement administratif. Aux fins de la présente analyse, ces

[1] On trouvera la lettre de la présentation ministérielle à http://hprac.org/fr/projects/Paramedics.asp.

	actes sont appelés « actes interdits ».
Admissibilité à la profession	Cette catégorie comprend les exigences à satisfaire pour être agréé ou inscrit comme ambulancier paramédical ou préposé en soins médicaux d'urgence.
Lieux d'exercice	Cette catégorie fournit des données supplémentaires sur les lieux de travail des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence.

Sommaire des principales constatations

État actuel de la profession

- D'une manière ou d'une autre, chaque province canadienne réglemente la profession d'ambulancier paramédical (pour en savoir davantage, voir l'analyse du CCRPS intitulée *Ambulanciers paramédicaux : examen de la jurisprudence* (octobre 2012).

Province	Gouvernance	Autoréglementation	
		Oui	Non
Ontario	Réglementation indirecte par la *Loi sur les ambulances*		✓
Colombie-Britannique	Réglementation directe par la *Emergency Health Services Act*		✓
Alberta	L'Alberta College of Paramedics, un collège professionnel autonome, sera régi par la *Health Professions Act*, à l'entrée en vigueur de la partie pertinente de la Loi (HPA, Annexe 18)	✓	
Saskatchewan	Autoréglementation par la *Paramedics Act*	✓	
Manitoba	Réglementation directe par la *Loi sur les interventions médicales d'urgence et le transport pour personnes sur civière*		✓
Nouveau-Brunswick	Autoréglementation par la *Loi sur les travailleurs paramédicaux*	✓	
Nouvelle-Écosse	Réglementation directe par la *Emergency Health Services Act* et les politiques des Services de santé d'urgence de la Nouvelle-Écosse; autoréglementation à la promulgation de la *Paramedics Act*		✓
Île-du-Prince-Édouard	Réglementation directe par le Emergency Medical Services Board, établi par la *Public Health Act*		✓
Terre-Neuve-et-Labrador	Réglementation indirecte par le *Regional Health Authorities Regulations*, qui donne aux régies régionales de la santé un pouvoir de supervision, de direction et de surveillance des services d'ambulance		✓

Remarque : La comparaison porte sur les provinces canadiennes de common law. Le Québec, une province de droit civil, n'en fait pas partie.

Les soins paramédicaux au Canada

- **Ontario :** Ce sont les médecins des hôpitaux principaux qui délèguent leur pouvoir d'exécuter des actes réglementés aux ambulanciers paramédicaux[2]. Il n'existe pas de système d'octroi de permis aux ambulanciers paramédicaux, mais les exploitants de services d'ambulance doivent engager des personnes qui ont les compétences requises[3]. Les exploitants doivent s'assurer que les ambulanciers paramédicaux respectent certaines normes dans la prestation des soins aux patients[4].
- **Colombie-Britannique** : Les ambulanciers paramédicaux peuvent rendre divers services[5]. Le permis est obligatoire, et les ambulanciers paramédicaux doivent satisfaire aux exigences du Emergency Medical Assistants Licensing Board pour obtenir l'autorisation d'exercer[6], et aux exigences de maintien des compétences[7] pour la conserver. L'exercice de la profession est encadré par un code d'éthique[8].
- **Alberta** : Les ambulanciers paramédicaux sont autorisés à offrir divers services « sous surveillance médicale »[9]. L'inscription auprès du collège de réglementation est obligatoire[10], et les ambulanciers paramédicaux doivent satisfaire aux exigences d'admissibilité à la profession[11]. Ils doivent respecter des normes de conduite professionnelle[12] et participer à un programme de maintien des compétences[13].
- **Saskatchewan** : Les ambulanciers paramédicaux doivent respecter les protocoles établis par le collège de réglementation lors de la prestation de soins d'urgence et de l'administration de médicaments[14]. L'inscription auprès du collège de réglementation est obligatoire[15]. Les exigences d'admissibilité à la profession peuvent figurer dans les règlements du collège[16]. Pour maintenir leur inscription, les ambulanciers paramédicaux doivent adhérer au code de déontologie professionnelle du collège[17].
- **Manitoba** : Les ambulanciers paramédicaux peuvent exercer les fonctions médicales déléguées par un directeur médical[18], conformément aux procédures et aux fonctions

---

[2] http://www.ontarioparamedic.ca/professional_self-regulatio/.
[3] Article 5 du Règlement de l'Ontario 257/00 de la *Loi sur les ambulances*.
[4] Article 11 du Règlement de l'Ontario 257/00 de la *Loi sur les ambulances*.
[5] Annexe 1 du Règlement la Colombie-Britannique 210/2010 de la *Emergency and Health Services Act*.
[6] Paragraphe 5(2) de la *Emergency Health Services Act*.
[7] Paragraphe 17(1) du Règlement la Colombie-Britannique 210/2010 de la *Emergency and Health Services Act*.
[8] Annexe 3 du Règlement la Colombie-Britannique 210/2010 de la *Emergency and Health Services Act*.
[9] Article 9 du Règlement de l'Alberta 48/93 de la *Health Disciplines Act*.
[10] Paragraphe 2(1) de la *Health Disciplines Act*.
[11] Articles 2 et 3 du Règlement de l'Alberta 48/93 de la *Health Disciplines Act*.
[12] Article 13 du Règlement de l'Alberta 48/93 de la *Health Disciplines Act*.
[13] Division 5*a)*(i)(C) du Règlement de l'Alberta 48/93, et Alberta College of Paramedics, *The Continuing Competence Program*, www.collegeofparamedics.org/practitioner-home/continuing-competence/the-continuing-competence-program.aspx.
[14] Article 23 de la *Paramedics Act*.
[15] Paragraphe 18(1) de la *Paramedics Act*.
[16] Alinéa 15(2)*a*) de la *Paramedics Act*.
[17] Règlement 10 et Annexe A du Saskatchewan College of Paramedics.
[18] Sous-alinéa 7*d*)(i) du Règlement 22/2006 de la *Loi sur les interventions médicales d'urgence et le transport pour personnes sur civière*.

définies dans un document d'orientation[19]. L'inscription est obligatoire[20], et les ambulanciers paramédicaux doivent satisfaire aux exigences d'admissibilité à la profession[21]. La loi ne semble pas imposer de normes professionnelles.

- **Nouveau-Brunswick** : Le permis est obligatoire[22], et les ambulanciers paramédicaux doivent satisfaire aux critères d'admissibilité à la profession de l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick pour l'obtenir[23]. Pour maintenir leur inscription, les ambulanciers paramédicaux doivent participer à un programme de formation continue[24]. Le Code de valeurs et de déontologie et le Code des normes professionnelles font partie des règlements de l'Association[25].
- **Nouvelle-Écosse** : Les ambulanciers paramédicaux sont agréés et réglementés par le ministre de la Santé, ainsi que par certaines politiques des Services de santé d'urgence de la Nouvelle-Écosse[26]. Un collège d'autoréglementation sera mis en place après la promulgation de la *Paramedics Act* (adoptée en 2004). Les ambulanciers paramédicaux doivent être inscrits au registre du ministre[27] et satisfaire aux exigences d'admissibilité à la profession[28]. Pour maintenir leur inscription, les ambulanciers paramédicaux doivent participer à un programme de formation continue[29] et respecter un code de déontologie professionnelle[30].
- **Île-du-Prince-Édouard** : Un conseiller médical doit superviser les soins donnés aux patients par les préposés en soins médicaux d'urgence[31]. Le permis est obligatoire[32], et les ambulanciers paramédicaux doivent satisfaire aux exigences d'admissibilité à la profession pour l'obtenir[33]. Les normes professionnelles (élaborées par l'organisme de surveillance) ne semblent pas être accessibles au public. Les actes qui constituent une faute professionnelle sont énoncés dans la loi[34].
- **Terre-Neuve-et-Labrador** : La loi ne traite pas des exigences relatives au permis, des actes autorisés, des actes interdits ni d'autres aspects de la profession. Des descriptions peuvent être énoncées dans les directives des régies régionales de la santé[35]. Les ambulanciers paramédicaux doivent être inscrits auprès du Quality and Learning

---

[19] Sous-alinéa 7*d*)(i) du Règlement 22/2006 de la *Loi sur les interventions médicales d'urgence et le transport pour personnes sur civière*.
[20] Paragraphe 5(1) de la *Loi sur les interventions médicales d'urgence et le transport pour personnes sur civière*.
[21] Annexe A du Règlement 22/2006 de la *Loi sur les interventions médicales d'urgence et le transport pour personnes sur civière*.
[22] Paragraphe 11(1) de la *Loi sur les travailleurs paramédicaux*.
[23] Alinéa 14.02*d*) du Règlement n° 14 de l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick.
[24] Alinéa 14.02 *f*) du Règlement n° 14 de l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick.
[25] Paragraphe 13.01 du Règlement n° 13 de l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick.
[26] Voir *Ambulanciers paramédicaux : examen de la jurisprudence*, page 11.
[27] Article 15 de la *Emergency Health Services Act*.
[28] Services de santé d'urgence, Paramedic Registration Policy 6001.
[29] Services de santé d'urgence, Paramedic Registration Policy 6012.
[30] Services de santé d'urgence, Paramedic/EMD Code of Professional Conduct, Annexe E de la Paramedic Registration Policy 6001.
[31] Article 9 du Emergency Medical Services Regulations, I.-P.-É.
[32] Article 41 de la *Public Health Act*.
[33] Article 40 de la *Public Health Act*.
[34] Article 22 de la *Public Health Act*.
[35] Voir *Ambulanciers paramédicaux : examen de la jurisprudence*, page 13.

Department of Eastern Health pour exercer la profession[36]. La Paramedic Association of Newfoundland and Labrador a élaboré un code d'éthique pour ses membres[37].

Champ d'exercice

- Au Canada, il y a une certaine uniformité dans la formation à la profession d'ambulancier paramédical, tous les programmes de formation agréés par l'Association médicale canadienne[38] étant basés sur le profil national des compétences (PNC)[39]. Le PNC a été élaboré en 2001, puis revu en 2011. Bien que l'Association des paramédics du Canada estime que le champ d'exercice soit commun à 96 % entre les provinces, elle mène actuellement une étude transversale des particularités dans chaque territoire. Les résultats seront dévoilés dès que l'étude sera terminée.
- Bien que les ambulanciers paramédicaux canadiens soient formés selon la norme du PNC, le champ d'exercice varie, et les ambulanciers paramédicaux n'adhèrent pas tous à cette norme.
- En Saskatchewan, le champ d'exercice est défini dans un manuel de protocole.
- Au Nouveau-Brunswick, le champ d'exercice est établi dans des règlements administratifs. Les ambulanciers paramédicaux exercent leur profession selon le champ d'exercice décrit dans le PNC de l'Association des paramédics du Canada pour praticiens en soins primaires[40]. De leur côté, les ambulanciers paramédicaux en soins avancés exercent leur profession selon le champ d'exercice du PNC pour praticiens en soins avancés[41].
- En Nouvelle-Écosse, le champ d'exercice est défini par l'employeur des ambulanciers paramédicaux[42].
- À Terre-Neuve-et-Labrador, une description du champ d'exercice peut être inscrite dans les directives des régies régionales de la santé[43].
- Il y a des différences régionales dans le champ d'exercice, qui varie jusqu'à l'échelle de la communauté. Par exemple, le champ d'exercice d'un ambulancier paramédical dans la région d'Ottawa – ou dans la région de Sudbury – est déterminé par le programme de l'hôpital principal local.

Mobilité de la main-d'œuvre

- Afin d'éliminer les obstacles à la mobilité de la main-d'œuvre, l'Organisation canadienne des régulateurs paramédicaux (OCRP) a établi un examen national pour les praticiens des

---

[36] Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services, http://www.health.gov.nl.ca/health/findhealthservices/ambulance_services.html.
[37] Paramedics Association of Newfoundland and Labrador, http://www.panl.ca/?page=6.
[38] Services de l'agrément de l'Association médicale canadienne, « Lignes directrices et avis », http://www.amc.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Accreditation/pdf/2012_advisory_para_program_dec_f.pdf.
[39] Association des paramédics du Canada, « Profil national des compétences professionnelles », http://paramedic.ca/nocp/.
[40] Sous-alinéa 14.02*b*)(vi) du Règlement n° 14 de l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick.
[41] Sous-alinéa 14.02*c*)(ii) du Règlement n° 14 de l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick.
[42] Services de santé d'urgence, Paramedic Essential Competencies Policy 6000.
[43] *Ambulanciers paramédicaux : examen de la jurisprudence*, page 13.

soins primaires et avancés qui repose sur le profil national des compétences des professions (PNCP) élaboré par l'Association des paramédics du Canada.

Agrément (Ontario)

- Selon l'employeur, les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario doivent obtenir un ou deux niveaux d'agrément.
- Tous les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario doivent obtenir la certification de la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé (pour les préposés aux soins médicaux spécialisés d'urgence ou PSMSU).
- Pour travailler dans un service d'ambulance terrestre ou aérien, il est également nécessaire d'obtenir un agrément du programme de l'hôpital principal.

États-Unis

- On estime à 22 millions le nombre de patients traités chaque année par le personnel des services médicaux d'urgence aux États-Unis[44].
- L'effectif des services médicaux d'urgence est issu de divers groupes professionnels, notamment les ambulanciers payés et bénévoles, les militaires, les pompiers, les employés des services d'ambulance commerciaux et d'autres services publics. On évalue cet effectif à 900 000 personnes[45]. De ce nombre, environ 226 500 sont des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence rémunérés dans un poste à temps plein[46]. Le manque d'uniformité de l'effectif et le caractère variable des normes et des obligations légales entre les États limitent notre compréhension de la taille et des fonctions de l'effectif des services médicaux d'urgence.
- Chaque État a le pouvoir de réglementer les services médicaux d'urgence locaux et de déterminer le champ d'exercice. Bien que tous les États exigent un permis pour exercer la profession d'ambulancier paramédical et de préposé en soins médicaux d'urgence, les exigences d'admissibilité à la profession varient selon chacun[47].
- Le National EMS Advisory Council (NEMSAC) a été créé en avril 2007. Reconnu à l'échelle nationale, ce conseil formé de représentants et de clients des soins médicaux d'urgence offre des conseils et formule des recommandations concernant ces services. En 2000, le programme *Agenda* a été suivi du programme *EMS Education Agenda for the Future: A Systems Approach (Education Agenda)*. Le but du programme *Education Agenda* est d'établir un système de formation en soins médicaux d'urgence qui corresponde davantage à ce qui existe pour les professions de la santé apparentées. Les données ont été recueillies en 2009, et les directeurs de services médicaux d'urgence des

---

[44] Maguire, B. J., & Waltz, B. (2004). "Current emergency medical services workforce issues in the United States", *Journal of Emergency Management*, 2(3), 17-26.
[45] Ibid.
[46] Bureau of Labour Statistics, "Occupational Outlook Handbook", http://www.bls.gov/ooh/healthcare/emts-and-paramedics.htm.
[47] Bureau of Labour Statistics, "Occupational Outlook Handbook", http://www.bls.gov/ooh/healthcare/emts-and-paramedics.htm.

États ont eu l'occasion de les revoir en avril 2010[48]. Parmi les constatations des États répondants, citons celles-ci :

- 87 % des ambulanciers paramédicaux utilisent le champ d'exercice national des services médicaux d'urgence comme fondement pour le permis d'État;
- 54 % utilisent le processus de test du registre national des préposés en soins médicaux d'urgence, tandis que 38 % utilisent le registre national et le registre de l'État;
- bien que 72 % n'exigent pas actuellement l'agrément du programme national des services médicaux d'urgence, 73 % ont l'intention de l'exiger dans l'avenir.

Normes nationales

- L'agrément national des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence est offert par l'entremise du National Registry of Emergency Medical Technicians (NREMT), et 46 États[49] l'exigent comme condition préalable à l'exercice de la profession. (Certains États ont leurs propres pratiques d'agrément et utilisent des titres différents.)
- Le NREMT est un organisme indépendant sans but lucratif. Son processus d'agrément vise les personnes qui satisfont aux exigences de formation, notamment la réussite d'examens exhaustifs.
- Le National EMS Scope of Practice Model[50] (modèle de champ d'exercice national des professions en soins médicaux d'urgence) comporte quatre permis :
  - Répondant médical d'urgence ou RMU : L'objectif principal du répondant médical d'urgence est d'amorcer les soins vitaux immédiats aux patients en état critique qui accèdent au système de soins médicaux d'urgence.
  - Praticien en soins primaires ou PSP : L'objectif principal du praticien en soins primaires est de fournir des soins médicaux de base et le transport d'urgence aux patients en état critique et en situation de première urgence qui accèdent au système de soins médicaux d'urgence.
  - Praticien en soins avancés ou PSA : L'objectif principal du praticien en soins avancés est de fournir les soins médicaux de base, certains soins de niveau avancé et le transport d'urgence aux patients en état critique et en situation de première urgence qui accèdent au système de soins médicaux d'urgence.
  - Ambulancier paramédical : L'ambulancier paramédical est un professionnel de la santé apparenté dont l'objectif principal est de fournir des soins médicaux d'urgence de niveau avancé aux patients en état critique et en situation de première urgence qui accèdent au système de soins médicaux d'urgence.
- Certains États utilisent le mot *agrément* (*certification*) pour décrire leur processus de délivrance de permis. Cependant, dans le cas où le champ d'exercice d'une profession est défini par une loi ou un règlement, seules les personnes autorisées par l'État (les titulaires

---

[48] NASEMSO, "EMS Education Agenda: A Systems Approach – A report to the National EMS Advisory Committee on Statewide Implementation of the Education Agenda" (mai 2010).
[49] National Registry of Emergency Medical Technicians, "Fast Facts", https://www.nremt.org/nremt/about/NREMT_Fast_Facts.asp.
[50] The National EMS Scope of Practice Model, http://www.ems.gov/education/EMSScope.pdf.

de permis) peuvent en exercer les fonctions. Des bureaux exploités par l'État font office d'organisme de réglementation et délivrent les permis[51].

- L'agrément du NREMT ne confère pas le droit d'exercice.
- La National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) dirige et coordonne la planification et le perfectionnement des intervenants en soins médicaux d'urgence aux États-Unis. Sa vision à long terme des services médicaux d'urgence est expliquée dans une série de documents conçus pour orienter les États dans l'élaboration des lois, des règles et des règlements[52].
- L'État de New York n'a pas de document consacré au champ d'exercice des premiers répondants autorisés (*certified first responder* ou CFR), des PSP ni des PSA. Le champ d'exercice des CFR, des PSP et des PSA de l'État de New York est défini dans des programmes, des protocoles et des directives rédigés par des médecins aux échelons de l'organisme des soins médicaux d'urgence, de la région et de l'État. Afin de déterminer si une compétence particulière s'inscrit dans le champ d'exercice du fournisseur de soins médicaux d'urgence, on doit se reporter au programme et au protocole visés (http://www.health.ny.gov/professionals/ems/certification/certification.htm).

Autres pays

Pour en savoir davantage sur la situation dans d'autres pays, consulter le document *Examen de la documentation sur l'exercice des professions d'ambulancier paramédical et d'auxiliaire médical d'urgence* (nº 282, décembre 2012).

[51] National Registry of Emergency Medical Technicians, "Certification v. Licensure", http://www.nremt.org/nremt/about/Legal_Opinion.asp.

[52] NHTSA, *National EMS Scope of Practice Model*, pages 20-21.

SECTION III

Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées:

Examen de la Jurisprudence

Ambulanciers paramédicaux : examen de la jurisprudence

Octobre 2012

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012.

AVIS

Ce document n'offre aucun avis juridique

Cet examen de la jurisprudence (le « document ») a été préparé à titre informatif seulement. Il n'offre pas d'avis ni de recommandations d'ordre juridique, financier ou professionnel. Vous, le « lecteur », devriez toujours demander un avis juridique, financier ou professionnel relativement à l'information contenue dans le document. La lecture, l'étude ou toute autre utilisation du document n'entraîne pas de relation avocat-client, de consultation ni de fiducie.

Indemnisation

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) n'offre aucune déclaration ni garantie quant à l'exactitude, à l'actualité ou à l'exhaustivité de l'information contenue dans le document. Le lecteur assume sa confiance dans l'information contenue dans le document. Le CCRPS ne saurait en aucun cas être tenu responsable des modifications, erreurs ou omissions relatives à l'information contenue dans le document. Le CCRPS n'offre aucune forme de déclaration ni de garantie à l'égard du document.

Par sa lecture du document, le lecteur accepte d'indemniser et de dégager de toute responsabilité Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario, ses ministres, représentants, délégués, employés, y compris le CCRPS, des erreurs ou omissions contenues dans le document, ainsi que de la responsabilité à l'égard des préjudices, coûts, dommages-intérêts et dépenses (notamment les frais juridiques ou d'experts et les honoraires professionnels), causes d'action, actions, réclamations, demandes, poursuites ou autres procédures subis, soutenus, engagés, intentés ou poursuivis par quiconque, découlant du document ou en rapport avec le document.

Droit d'auteur

Le document est protégé par le droit d'auteur de la Couronne, détenu par l'Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Table des matières

Objectif 4
Méthode de recherche 4
Sommaire de l'examen de la jurisprudence 6
Résumé des causes pertinentes 9
Annexe A : Description des bases de données 42
Annexe B : Résultats de la recherche 43

Objectif

Cet examen de la jurisprudence présente des causes relatives aux ambulanciers paramédicaux portées devant les tribunaux dans les territoires couverts dans le document intitulé *Réglementation des professions d'ambulancier paramédical et de préposé en soins médicaux d'urgence : examen par territoire*. Il vise à offrir une vue d'ensemble des questions juridiques soulevées par l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical.

Méthode de recherche

Nous avons fait une recherche dans la base de données juridique Quicklaw de LexisNexis, en employant divers termes de recherche pour chaque province de common law au Canada. L'annexe A contient une description de la base de données juridique Quicklaw. Afin de réaliser une recherche exhaustive et approfondie des causes et des décisions judiciaires pertinentes, nous avons utilisé les principaux termes de recherche anglais suivants : paramedic, ambulance attendant, emergency medical responder, emergency medical attendant et emergency medical technician [ambulancier paramédical, répondant médical d'urgence, préposé en soins médicaux d'urgence, auxiliaire médical d'urgence et praticien en soins primaires]. Lorsque la recherche au moyen de ces termes a donné un nombre important de résultats (en général plus de 200), les termes de recherche anglais suivants ont été utilisés pour les affiner : misconduct, harm, risk, negligence or negligent, incompetent or incompetence, standard of care, professional or profession [faute, préjudice, risque, négligence ou négligent, incompétence ou incompétent, norme de soins, professionnel ou profession].

Cette recherche, menée du 17 juin 2011 au 13 juillet 2011, a été réalisée au moyen de la fonction "All Canadian Court and Tribunal Case Law" (« Jurisprudence de toutes les juridictions canadiennes ») de Quicklaw, qui contient le texte intégral de l'ensemble des jugements publiés et inédits des tribunaux canadiens ainsi que les résumés de la jurisprudence de LexisNexis. En outre, le 9 octobre 2012, nous avons procédé à une recherche semblable pour tous les territoires visés. Cette deuxième recherche couvrait les 15 mois précédents (du 9 août 2011 au 9 octobre 2012) et a permis de mettre à jour les résultats de la recherche.

Nous avons examiné sommairement la note d'en-tête et le texte intégral de chaque cause. Pour être jugée pertinente, celle-ci devait porter sur des allégations ou des références à l'inconduite d'un ambulancier paramédical, en service ou hors service. Ces résultats « pertinents », résumés très sommairement dans le tableau des résultats de la recherche, ont ensuite été revus pour exclure les causes qui n'avaient pas d'incidence directe sur les soins aux patients ou qui traitaient de relations du travail sans lien avec les compétences de l'ambulancier paramédical concerné. Les causes restantes, en vert dans le tableau, font l'objet d'un résumé plus complet et sont incluses dans la section Résumé des causes pertinentes du présent rapport.

Limites

Le Québec a été exclu de l'examen de la jurisprudence en raison des difficultés relatives à l'obtention de versions traduites de la jurisprudence de cette province. Une quinzaine d'affaires entendues au Nouveau-Brunswick et publiées seulement en français ont aussi été exclues[1].

Enfin, les causes traitées par les organismes dont les décisions ne sont pas accessibles dans Quicklaw, comme les comités de discipline et les mécanismes d'arbitrage d'organismes autoréglementés, ont aussi été exclues.

[1] Les causes étudiées n'ayant pas de traduction officielle en français, les citations, le cas échéant, ont été traduites librement.

Sommaire de l'examen de la jurisprudence

Le tableau ci-après résume les résultats de l'examen de la jurisprudence. Plus particulièrement, il indique le nombre de causes et le nombre de fois où des questions données y sont soulevées par province.

En ce qui concerne les questions soulevées, certaines d'ordre général sont revenues à plusieurs reprises : les compétences, les mauvais traitements, la malhonnêteté et l'abus d'alcool ou de drogue. La question le plus souvent soulevée, et de loin, porte sur l'incompétence et la négligence de l'ambulancier paramédical lors du traitement du patient. La deuxième porte sur la malhonnêteté (falsification de documents, tricherie aux examens d'accréditation, mensonge sur les échanges avec le patient ou sur les titres et qualités). En troisième lieu, on retrouve les mauvais traitements envers autrui. L'agression sexuelle d'un patient et, dans une moindre mesure, les violences sexuelles et physiques, ainsi que les agressions verbales envers des collègues, sont les mauvais traitements les plus fréquents. Enfin, l'abus d'alcool ou de drogue est le problème le moins courant parmi les questions soulevées à plusieurs reprises. Dans cette catégorie, on retrouve un ambulancier paramédical en état d'ébriété au travail, qui se présente au travail avec une haleine sentant l'alcool et, dans une cause en particulier, ayant volé des fournitures médicales et des ordonnanciers pour assouvir sa dépendance.

L'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta arrivent respectivement au premier, au deuxième et au troisième rang pour le nombre de causes impliquant un ambulancier paramédical. Ces provinces sont par ailleurs, dans cet ordre, les plus peuplées des provinces étudiées dans le cadre de cet examen.

Tribunal vs cour

Un peu moins de la moitié des décisions recensées ci-dessous ont été rendues par un tribunal plutôt que par une cour. Par conséquent, il est important de saisir la différence entre un tribunal et une cour, et de comprendre pourquoi il y a un si grand nombre de décisions arbitrales relatives aux ambulanciers paramédicaux.

Un tribunal est établi par une loi dans un but donné, et sa sphère de compétence est précise et limitée. À l'inverse, le système judiciaire, soit les cours de justice, a une compétence inhérente sur tout. Les principales distinctions à faire entre un tribunal et une cour sont que le premier a été créé pour offrir un mode de résolution moins protocolaire, moins coûteux et plus rapide que le système judiciaire traditionnel. En particulier, les règles en matière de preuve et de procédure sont généralement beaucoup plus souples dans le cas d'un tribunal. Qui plus est, les membres d'un tribunal ont généralement une expertise dans le domaine du droit concerné, tandis que les juges d'une cour ont habituellement une expertise plus générale.

Le grand nombre d'arbitrages concernant les actes des ambulanciers paramédicaux s'explique par le fait que les ambulanciers paramédicaux agissent dans le cadre de leur emploi et que de nombreux tribunaux du travail, dans l'ensemble du Canada, ont compétence sur les questions liées au travail dans leur province respective. Par conséquent, en cas de litige entre un ambulancier paramédical et un employeur, le plus souvent une allégation de mesure disciplinaire injuste pour une inconduite présumée, la cause est entendue par un tribunal du travail. Si les arbitrages concernent généralement les litiges entre un ambulancier paramédical et un employeur, les poursuites judiciaires recensées portent le plus souvent sur un cas de négligence présumée rapporté par un citoyen.

Soulignons un point commun important entre le règlement d'une affaire devant un tribunal ou une cour : en l'absence de litige ou si le litige est réglé avant que le juge ou l'arbitre ait rendu sa décision, la décision demeure inédite. Ainsi, si un ambulancier paramédical ne conteste pas la mesure disciplinaire imposée par son employeur ou si un citoyen n'intente pas de poursuite pour négligence, il n'y a pas de litige à soumettre à un tribunal ni à une cour. De même, lorsque l'ambulancier paramédical et l'employeur ou le citoyen parviennent à une entente avant qu'une décision soit rendue, l'affaire ne sortira pas lors de l'examen de la jurisprudence. Par conséquent, il est impossible, lors de l'examen de la jurisprudence, de relever toutes les questions que soulève la pratique de la profession d'ambulancier paramédical.

Autre point commun important, les tribunaux et les cours sont soumis aux règles du précédent : ils sont tenus de suivre les décisions des instances supérieures, tandis que les décisions d'une instance du même ordre n'ont qu'une valeur persuasive. De même, les tribunaux sont tenus de suivre les décisions rendues par les cours, mais les décisions antérieures des tribunaux n'ont qu'une valeur persuasive (elles ne sont pas contraignantes). Dans certaines situations, une cour peut être appelée à examiner la décision d'un tribunal. Le cas échéant, elle fera habituellement montre de déférence si la question en litige concerne le domaine d'expertise du tribunal.

Tableau résumant les résultats de l'examen de la jurisprudence

Le tableau ci-après résume les résultats de l'examen de la jurisprudence. Plus particulièrement, il indique le nombre de causes et le nombre de fois où des questions données y sont soulevées, par province.

Remarques sur le tableau :

- le nombre de questions peut être supérieur au nombre de causes, étant donné que plusieurs questions peuvent être soulevées dans une même cause;
- lorsque plus d'une cause porte sur une même personne et une même question (décision rendue lors d'un appel), elle n'est pas comptée deux fois;
- le descriptif des questions ne doit pas être lu comme impliquant la culpabilité; il ne fait que décrire les questions soulevées.

Province	Nombre de causes	Nombre de causes portées devant une cour	Nombre de causes soumises à l'arbitrage	Question : Compétences requises par l'emploi (négligence)	Question : Mauvais traitements, agressions sexuelles (patients ou collègues)	Question : Cacher une conduite inconvenante ou malhonnête	Question : Intoxication, abus d'alcool ou de drogue	Question : Autres
Alberta	7	4	3	3	2	4	0	0
Colombie-Britannique	11	5	6	7	2	2	0	0
Manitoba	2	2	0	1	0	0	0	**1** – Enquête évoquant la formation des ambulanciers paramédicaux

Province	Nombre de causes	Nombre de causes portées devant une cour	Nombre de causes soumises à l'arbitrage	Question : Compétences requises par l'emploi (négligence)	Question : Mauvais traitements, agressions sexuelles (patients ou collègues)	Question : Cacher une conduite inconvenante ou malhonnête	Question : Intoxication, abus d'alcool ou de drogue	Question : Autres
Nouveau-Brunswick	4	2	2	0	1	1	1	**1** – Ancienneté et formation des ambulanciers paramédicaux
Ontario	16	8	8	11	3	3	4	**3** – (1) ambulancier paramédical n'ayant pas obtenu l'accréditation requise; (2) enquête du coroner sur les effets de la grève des ambulanciers paramédicaux sur la prestation des services médicaux d'urgence; (3) nouvelles exigences d'emploi imposées par un employeur aux ambulanciers paramédicaux
Saskatchewan	1	1	0	0	0	0	0	**1** – Affiliation d'un ambulancier paramédical avec les Hells Angels
Terre-Neuve-et-Labrador	1	1	0	0	1	0	0	0
Total pour le Canada	42	23	19	22	9	10	5	6

Résumé des causes pertinentes

Cette section résume les causes pertinentes dans chaque province couverte par l'examen. On a d'abord établi la pertinence de ces causes, puis on a précisé celles qui traitent de risques de préjudice à un patient, en vert à l'annexe B. Les causes sont classées par province. Cependant, toutes les provinces ne sont pas représentées, la recherche n'ayant pas toujours produit des causes à résumer.

Alberta

Titre	***Edmonton (City) v. Canadian Union of Public Employees, Local 3197* (grief Sagstuen)**
Référence	[2007] AGAA nº 68
Tribunal	Alberta Grievance Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Le fait de taire un emploi antérieur de praticien en soins primaires afin de dissimuler une conduite inconvenante passée est-il un motif de congédiement?
Résumé	Le plaignant, employé de la Ville d'Edmonton en tant que praticien en soins primaires, est congédié lorsque la Ville découvre qu'il a sciemment omis de mentionner son emploi précédent dans sa demande d'emploi, pour cacher le fait qu'il avait été congédié en raison de son comportement à l'égard du personnel féminin. La Ville fait enquête et, lorsqu'on l'interroge, le plaignant n'est pas honnête et franc au sujet de son emploi antérieur et des circonstances entourant son congédiement. La Ville congédie le plaignant, qui dépose un grief, alléguant avoir été congédié sans motif valable. Suivant en cela les précédents établis sur le sujet, le conseil d'arbitrage tient compte des facteurs suivants pour déterminer si la falsification d'une demande d'emploi constitue un motif valable de congédiement : 1. *La nature et le caractère de la falsification et de l'information dissimulée* • En l'espèce, le plaignant a rédigé son curriculum vitæ de sorte à taire son emploi précédent. 2. *Le nombre d'éléments d'information dissimulés* • Le plaignant a volontairement dissimulé son emploi à trois postes précédents, et a ensuite menti sur les motifs d'abandon de deux d'entre eux. 3. *La date à laquelle les éléments d'information dissimulés sont survenus par rapport à la date de la signature de la demande d'emploi* • Les postes dissimulés par le plaignant ont été occupés dans les trois années précédant sa demande d'emploi à la Ville. 4. *Les avertissements figurant sur le formulaire de demande d'emploi* • Le formulaire de demande d'emploi demande aux candidats de remplir les formulaires aussi exhaustivement que possible et contient une déclaration, signée par le candidat, au fait que tous les renseignements fournis dans le formulaire sont véridiques et que toute fausse déclaration délibérée entraînera l'exclusion du candidat du concours.

	5. *Le fait que la connaissance des éléments d'information dissimulés aurait entraîné le rejet de la candidature par l'employeur* • Si la Ville avait su que le requérant avait été congédié de trois postes de praticien en soins primaires dans les trois années précédant sa candidature, elle aurait peut-être décidé de ne pas lui offrir le poste. 6. *Le temps écoulé entre la signature du formulaire de demande d'emploi falsifié et la date de la découverte* • Le plaignant a présenté son curriculum vitæ et sa demande d'emploi en décembre 2005, et l'information a été découverte en mai 2006. 7. *La vitesse de réaction de l'employeur après avoir appris la falsification du dossier d'emploi* • La Ville a réagi rapidement à la découverte de l'information. 8. *L'ancienneté du plaignant* • Le plaignant est un employé débutant, à l'essai, ayant travaillé pour la Ville pendant cinq mois environ. 9. *Le fait que le plaignant ait été congédié en raison de la falsification* • Le plaignant a été congédié. 10. *La pertinence de cette falsification pour le travail effectué* • Le fait que le plaignant ait été renvoyé de trois postes de préposé aux soins primaires dans les trois années précédant sa demande d'emploi à la Ville est pertinent pour déterminer si la Ville pouvait avoir confiance dans sa capacité de s'acquitter de ses tâches de praticien en soins primaires à long terme. 11. *Les facteurs particuliers, comme la nature délicate de l'emploi* • Les praticiens en soins primaires occupent un poste de confiance à la Ville et sont tenus de travailler de façon autonome et avec peu de supervision directe. Les praticiens en soins primaires sont des membres importants de l'équipe de soins de santé, qui se doivent d'être dignes de confiance et intègres. Étant donné que l'intégrité est une exigence professionnelle essentielle du poste de praticien en soins primaires, le conseil d'arbitrage conclut que les fausses déclarations du plaignant, par sa falsification volontaire de ses antécédents et ses mensonges aux enquêteurs, constituent une infraction extrêmement grave, qui prouve qu'il n'est pas un bon candidat au poste de praticien en soins primaires à la Ville. Par conséquent, le grief est rejeté, et le congédiement est maintenu.

Titre	***Calgary (City) v. Canadian Union of Public Employees, Local 3421* (grief Gee)**
Référence	[2001] AGAA nº 72
Tribunal	Alberta Grievance Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! [ambulancier!]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Le fait de ne pas procéder à une évaluation nécessaire et le fait de falsifier un rapport de soins au patient constituent-ils des motifs de congédiement?

Résumé	Un ambulancier paramédical est congédié à la suite d'un incident survenu à l'unité de traitement des arrestations du Service de police de la Ville de Calgary, où une personne en état d'ébriété avancée est morte d'une intoxication aiguë à l'alcool. Les politiques et lignes directrices des Services médicaux d'urgence exigent du plaignant, ambulancier paramédical en service qu'il procède à l'évaluation du patient et qu'il remplisse un rapport de soins au patient. Toutefois, l'enquête sur l'incident et l'examen des vidéos démontrent clairement que le plaignant n'a pas fait l'évaluation requise, et que le rapport de soins au patient contient un ou plusieurs faux renseignements. Le plaignant nie ne pas avoir fait l'évaluation; il admet seulement que deux renseignements dans le rapport de soins au patient sont erronés. Il conteste donc son congédiement. Le conseil d'arbitrage conclut que le congédiement du plaignant dans les circonstances est justifié, compte tenu du fait qu'il n'a pas procédé à l'évaluation requise et de la falsification du rapport de soins au patient. En outre, le conseil d'arbitrage juge qu'il n'est pas approprié de réintégrer le plaignant dans ses fonctions étant donné qu'il continue de nier sa conduite. Par conséquent, le grief est rejeté, et le congédiement est maintenu.

Titre	***Shackleton v. Knittle***
Référence	1999 ABQB 539
Cour	Cour du Banc de la Reine de l'Alberta
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! [ambulancier!]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Les ambulanciers paramédicaux ont-ils fait preuve de négligence en permettant à un patient de s'asseoir sur le siège avant de l'ambulance?
Résumé	Dans un hôpital de Hanna, en Alberta, le demandeur reçoit un diagnostic provisoire de schizophrénie paranoïde. Il doit être transféré pour évaluation dans un hôpital de traitement tertiaire à Calgary. Le transport du patient doit se faire par ambulance. Les deux ambulanciers chargés de ce transport, souhaitant assurer le confort du patient pendant le long trajet, décident de permettre au plaignant de s'asseoir sur le siège passager avant de l'ambulance. Peu de temps après le départ, le demandeur saisit le volant de l'ambulance et provoque une collision entre l'ambulance et un véhicule arrivant en sens inverse. Un jeune enfant qui se trouve dans ce véhicule perd la vie. Le demandeur a agi ainsi en raison d'une crainte délirante pour sa sécurité, qui n'avait pas été divulguée aux ambulanciers. À la suite de la poursuite intentée contre le demandeur, celui-ci poursuit à son tour les ambulanciers, alléguant qu'ils ont fait preuve de négligence en lui permettant de s'asseoir sur le siège avant de l'ambulance, et que cette négligence est la cause de l'accident à l'origine des préjudices qu'il a subis et des frais qu'il a payés. La Cour, dans son évaluation des arguments, applique à la fois le critère de la faute générale et le critère de la faute professionnelle. Pour évaluer la faute générale, la Cour se demande si une personne raisonnable aurait dû prévoir la possibilité de devoir maîtriser les gestes du demandeur. La Cour détermine que, compte tenu de l'opinion apparente du médecin et des infirmières, à savoir que le patient ou le transport ne présentaient aucun risque, il aurait été impossible pour une personne raisonnable de percevoir ce risque, que des personnes formées et expérimentées n'ont pas vu.

	Pour évaluer la faute professionnelle, la Cour souligne d'abord qu'en 1991, lors de l'incident, aucune politique n'interdisait aux patients de monter à l'avant d'une ambulance. La preuve révèle que certains ambulanciers paramédicaux avaient pour pratique de laisser les patients s'asseoir à l'avant de l'ambulance, dans certaines circonstances. La Cour poursuit en décrétant qu'« agir selon un avis ou une pratique adoptés par une part importante des membres d'une profession est presque toujours un argument de la défense dans une poursuite pour faute professionnelle », qui souffre pour seule exception les pratiques tout à fait déraisonnables. Étant donné que la pratique de laisser les patients monter à l'avant de l'ambulance est courante chez une part importante des membres de la profession, il reste à savoir si une telle pratique peut être qualifiée de tout à fait déraisonnable. En réponse à cette question, la Cour juge que les actes des accusés ne peuvent être jugés tout à fait déraisonnables, étant donné l'absence d'avertissement des professionnels de la santé et le motif de la décision des défendeurs de faire asseoir le demandeur à l'avant de l'ambulance. Par conséquent, la Cour rejette la demande du demandeur.

Titre	***Calgary (City) v. Parademic X***
Référence	[1995] AJ nº 1224
Cour	Cour du Banc de la Reine de l'Alberta
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Quels sont les pouvoirs d'un directeur médical en matière de contrôle de la prestation des services de santé par un ambulancier paramédical? La décision résumée ci-dessous a été infirmée par la Cour d'appel.
Résumé	La Ville de Calgary présente une requête en jugement déclaratoire portant sur les pouvoirs d'un directeur médical de contrôler la prestation des services de santé par un ambulancier paramédical. La question se pose à la suite de la réintégration de l'ambulancier paramédical X après une procédure de grief, alors que le directeur médical recommande qu'il ne prodigue pas de soins aux patients, en quelque qualité que ce soit. La question centrale en l'instance concerne les pouvoirs du directeur médical, nommé selon le Emergency Medical Technicians Regulation (règlement sur les praticiens des soins primaires) de la *Health Disciplines Act* (loi sur les sciences de la santé). La Cour déclare que le directeur médical, dans l'exercice de ses fonctions selon la *Health Disciplines Act* et son règlement, n'a pas le pouvoir d'empêcher l'ambulancier paramédical X de donner des soins aux patients. Bien que le règlement n'autorise pas un praticien en soins primaires à rendre des services de santé sans le contrôle médical et la vérification du directeur médical, la Cour déclare que le rôle du directeur médical se limite à élaborer des méthodes et des procédures pour la prestation des services, à donner des conseils et des directives dans un cas particulier, et à examiner la manière dont un cas particulier a été géré par un ambulancier paramédical ou une équipe d'ambulanciers paramédicaux. La Cour juge que le fait de donner aux directeurs médicaux le pouvoir d'interdire à un membre inscrit d'une profession de la santé désignée de rendre des services prescrits n'est pas compatible avec l'esprit général de la loi, qui prévoit déjà un mécanisme de régulation des compétences des ambulanciers paramédicaux. La *Health Professions Act* (loi sur les professions

	de la santé) prévoit un régime exigeant d'un ambulancier paramédical qu'il soit membre d'une association de professionnels de la santé, ce qui est nécessaire pour mettre en place un comité des compétences habilité à traiter les plaintes ou la preuve en vue de déterminer si la conduite, les compétences, le jugement ou l'aptitude à exercer d'un membre enregistré représentent un risque important pour le public. La loi établit un système par lequel l'association professionnelle reçoit des plaintes ou agit de sa propre initiative pour enquêter sur des questions d'incompétence, et est habilitée à imposer des sanctions allant de la réprimande au retrait du droit de pratique.

Titre	***Calgary (City) v. Parademic X***
Référence	[1999] 3 WWR 509
Cour	Cour d'appel de l'Alberta
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Quels sont les pouvoirs d'un directeur médical en matière de contrôle de la prestation des services de santé par un ambulancier paramédical? Cette décision infirme la décision précédente et établit que les directeurs médicaux de l'Alberta ont le pouvoir d'interdire à un ambulancier paramédical d'offrir les services de santé régis par le Emergency Medical Technicians Regulation de la *Health Disciplines Act*.
Résumé	La Ville de Calgary fait appel d'une décision décrétant que les pouvoirs d'un directeur médical ne lui permettent pas d'interdire à un ambulancier paramédical de donner des soins aux patients. Le juge de première instance a conclu que tout pouvoir d'interdire à un ambulancier paramédical de rendre un service prescrit, prévu aux articles 11 et 12 du règlement, est incompatible avec l'esprit de la loi, qui donne à l'association le pouvoir de régler les questions relatives aux compétences de ses membres enregistrés. La Ville fait appel de cette décision, faisant valoir que la loi est suffisamment large pour permettre au directeur médical de limiter les contacts avec les patients, et que la législation crée des compétences concurrentes entre le directeur médical et l'association relativement aux compétences des membres de l'association. La Cour d'appel accueille l'appel, déclarant qu'un directeur médical a le pouvoir de limiter les contacts avec les patients d'un ambulancier paramédical en interdisant à cet ambulancier paramédical de rendre les services de santé prévus aux articles 11 et 12 du règlement, qui énumère les services de santé que les ambulanciers paramédicaux doivent rendre sous la supervision d'un directeur médical. Tout en reconnaissant que de telles restrictions peuvent causer des problèmes sur le plan du travail, la Cour est d'avis qu'elles n'interdisent pas à un ambulancier paramédical de travailler comme ambulancier paramédical, mais, plutôt, de prodiguer des soins de santé en particulier. La Cour affirme en outre que ces pouvoirs du directeur médical n'interfèrent pas avec le pouvoir général de l'association relatif aux compétences des ambulanciers paramédicaux, étant donné que le premier, contrairement à la seconde, n'interdit pas à un ambulancier paramédical d'exercer les autres fonctions de ce poste, ni de donner des soins de santé pour un autre employeur sous la supervision d'un autre directeur médical.

Titre	***Peace Regional Emergency Medical Services Society v. Health Sciences Assn. of Alberta* (grief Wilson)**
Référence	[2003] AGAA nº 67
Tribunal	Alberta Grievance Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical est congédié en raison de contacts physiques inappropriés avec trois collègues de sexe féminin.
Résumé	Le plaignant, un ambulancier paramédical comptant quatre années de service, est congédié pour avoir eu des contacts physiques inappropriés avec trois collègues de sexe féminin. Le plaignant dépose un grief contre son congédiement, niant les allégations de massages non sollicités à deux répartitrices et d'attouchements aux seins et aux fesses d'une ambulancière paramédicale. Le conseil d'arbitrage conclut qu'il s'agit au fond de décider de la crédibilité du plaignant et des femmes à l'origine des allégations, et penche en faveur des trois femmes, notant que les cas de harcèlement sexuel au travail ont un effet immédiat et destructeur sur la relation de travail, ce qui laisse peu de latitude pour atténuer la sanction. De plus, l'incapacité du plaignant à admettre l'inconvenance de sa conduite prévient tout rétablissement de la relation de travail. Par conséquent, le conseil décide à l'unanimité de rejeter le grief.

Titre	***R. v. Burns***
Référence	[1993] AJ nº 998
Cour	Cour provinciale de l'Alberta – Division criminelle
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND negligence or negligent [ambulancier paramédical! ET négligence ou négligent]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Une femme est poursuivie au criminel pour avoir produit un document contrefait. Elle s'est fabriqué des titres et qualités pour obtenir divers postes, notamment celui de professeure responsable de la formation des ambulanciers paramédicaux.
Résumé	Cette cause concerne la peine imposée à une contrevenante de 40 ans reconnue coupable d'avoir produit un document contrefait. L'accusée a falsifié son curriculum vitæ, exagérant ses titres et qualités, prétendant être médecin et être titulaire d'un doctorat en sciences médicales, en vue d'obtenir des postes d'enseignement dans divers collèges et universités. La Cour soupèse les facteurs atténuants, notamment la reconnaissance de sa culpabilité au début des procédures et l'absence d'antécédents judiciaires, par rapport aux facteurs aggravants, entre autres le fait que les fausses déclarations ont eu cours pendant près de 13 ans et se sont aggravées au fil du temps, le fait que l'infraction touche un large éventail de victimes, ainsi que le risque de conséquences graves pour la population desservie par des soignants paramédicaux à qui la contrevenante pourrait avoir montré à exécuter des actes de façon incorrecte. La Cour est d'avis qu'il s'agit d'une infraction grave exigeant une peine exemplaire et juge l'incarcération appropriée; elle condamne la contrevenante à quatre mois d'emprisonnement.

Colombie-Britannique

Titre	***British Columbia Ambulance Service v. Ambulance Paramedics of British Columbia*** **(grief Snider)**
Référence	[2003] BCCAAA nº 69
Tribunal	British Columbia Collective Agreement Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical est-il coupable des allégations d'agression verbale à l'endroit d'une patiente?
Résumé	L'employeur impose une suspension de quatre jours au plaignant, un préposé en soins médicaux d'urgence, pour avoir verbalement agressé une patiente. Le plaignant dépose le présent grief, niant toute inconduite et faisant valoir que la mesure disciplinaire lui est imposée sans motif valable. Selon les allégations figurant dans la plainte écrite de la patiente, le plaignant a traité la patiente d'« idiote », a déclaré que « les femmes se plaignaient trop », a comparé la patiente à un « chiot », a accidentellement heurté la patiente à la tête avec une trousse, s'est plaint en disant « détester ce [vulgaire] [immeuble d'habitation] », et a généralement agi de manière très désagréable et rude envers la patiente. Le conseil d'arbitrage convient avec l'employeur que la conduite reprochée, si elle est prouvée, constitue un acte d'agression grave à l'endroit de la patiente. Par conséquent, la question soulevée est de savoir si l'employeur a prouvé l'inconduite au degré de probabilité requis. Étant donné que le plaignant est un ambulancier paramédical d'expérience, avec un dossier professionnel sans tache depuis plus de 12 ans, et que le témoignage du conducteur appuie les prétentions du plaignant, le conseil d'arbitrage conclut que la patiente a probablement mal interprété les commentaires innocents du plaignant. Par conséquent, le conseil d'arbitrage accueille le grief et accorde une indemnité au plaignant pour perte de salaire, en plus d'ordonner le retrait de toute référence à la mesure disciplinaire dans son dossier personnel.

Titre	***Emergency Health Services Commission and Ambulance Paramedics of British Columbia, CUPE Local 873***
Référence	[1997] BCCAAA nº 752
Tribunal	British Columbia Collective Agreement Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Des allégations de tricherie à l'examen de surclassement d'emploi envers un ambulancier paramédical constituent-elles un motif de congédiement valable?

Résumé	Dans ce litige, un ambulancier paramédical conteste par grief son congédiement au motif qu'il aurait triché à un examen lié à son emploi, passé à l'extérieur des heures de travail. Pendant l'examen de classification de préposé en soins médicaux d'urgence III, un surveillant d'examen remarque et confisque au plaignant un bloc contenant des notes manuscrites, que l'employeur juge être des « aide-mémoire ». L'employeur congédie le plaignant, et le plaignant dépose un grief, alléguant que le congédiement est injuste puisqu'il n'était pas en service, l'absence de règles claires relatives au matériel interdit à l'examen et le caractère circonstanciel des éléments de preuve détenus par l'employeur. Étant donné que certaines directives indiquaient implicitement que l'examen était à livre fermé et que le plaignant a déjà passé plusieurs examens semblables, l'arbitre détermine que le plaignant savait qu'il n'avait pas le droit de s'aider au moyen de notes extrinsèques pendant l'examen. Ce constat fait, l'arbitre évalue l'explication du plaignant quant à la présence du bloc-notes sur son bureau et la juge non plausible. Ayant conclu à l'inconduite, l'arbitre doit déterminer si le congédiement est excessif dans les circonstances. L'arbitre souligne que les ambulanciers paramédicaux travaillent en grande partie sans surveillance et qu'ils soignent les citoyens dans des circonstances où ils sont très vulnérables. Par conséquent, un employeur est en droit de s'attendre à une très grande intégrité de la part de ses employés, et de l'exiger. Si un employé fait preuve d'un manque d'intégrité à certains égards, rien ne permet de croire qu'il adoptera un code moral différent lorsqu'il soigne des patients. Par conséquent, compte tenu de la nature des responsabilités associées à l'emploi, de la confiance qu'un l'employeur place dans un ambulancier paramédical, de la nature de l'inconduite du plaignant, des actes de malhonnêteté précédents ayant mené à une suspension de 18 mois et de l'absence de franchise montré dans cette affaire, l'arbitre juge qu'il serait injuste d'exiger de l'employeur qu'il maintienne le plaignant en poste. Par conséquent, le grief est rejeté.

Titre	***Emergency Health Services Commission v. C.U.P.E., Local 873***
Référence	[1987] BCCAAA nº 342
Tribunal	British Columbia Collective Agreement Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical a-t-il fourni les soins appropriés à un patient? Dans le cas contraire, y avait-il lieu de le congédier?
Résumé	Un préposé en soins médicaux d'urgence de niveau II a été congédié pour avoir prétendument rendu des soins insatisfaisants à un patient et pour ne pas avoir de permis de préposé en soins médicaux d'urgence, ce permis ayant été révoqué à la suite de la prestation insatisfaisante de soins à ce même patient. Le préposé dépose un grief, alléguant que son congédiement est excessif dans les circonstances. L'arbitre vérifie d'abord si le plaignant s'est mal conduit en prodiguant des soins au patient, en état de surdose. Plus particulièrement, il doit déterminer si le plaignant a fait preuve de négligence en omettant d'insérer une canule trachéale, d'administrer de l'oxygène, de procéder à l'aspiration de la bouche du patient et de constater l'arrêt respiratoire. Ces questions sont analysées l'une après l'autre.

	1. L'omission d'insérer une canule trachéale • Des témoins experts affirment que le plaignant a eu raison de ne pas insérer une canule trachéale, puisque le patient vomissait. 2. L'omission d'administrer de l'oxygène • Le plaignant a administré de l'oxygène au moyen d'une technique qui n'est pas enseignée, par « onde de gravité ». Les témoins experts affirment avoir eux aussi utilisé la technique par « onde de gravité » dans des situations semblables, même si elle n'est pas officiellement enseignée. • En ce qui concerne la question de l'utilisation de techniques qui ne sont pas enseignées, l'arbitre déclare : « Dans la mesure où ces procédures sont incompatibles avec la formation du Justice Institute, il est légitime que l'employeur soit préoccupé, puisque son existence indique un besoin généralisé de corriger le comportement des employés. Cela ne signifie pas qu'on doive congédier le premier employé pris à utiliser cette technique. » 3. Le défaut de procéder à l'aspiration de la bouche du patient • Les témoins experts s'entendent pour dire que le plaignant a fait preuve de discernement en utilisant un coton-tige au lieu de l'équipement d'aspiration pour dégager la bouche du patient. 4. L'omission de constater l'arrêt respiratoire du patient • L'arbitre estime que le plaignant était suffisamment attentif au patient dans l'ambulance et que l'arrêt respiratoire s'est probablement produit après l'arrivée de l'ambulance à l'hôpital. Toutefois, l'arbitre juge que le plaignant n'a pas été suffisamment attentif au patient pendant les trois minutes environ entre l'arrivée de l'ambulance à l'hôpital et la découverte que le patient avait cessé de respirer. Cette décision n'est pas contestée, le plaignant concédant n'avoir pas surveillé le patient comme il aurait dû le faire pendant cette période. Étant donné que le manque d'attention de l'ambulancier paramédical après son arrivée à l'hôpital est le seul élément du traitement pouvant justifier une mesure disciplinaire, l'arbitre conclut au caractère excessif du congédiement par rapport à ses antécédents professionnels exemplaires pendant 14 ans. Par conséquent, l'arbitre ordonne à l'employeur de réintégrer le plaignant dans son poste. L'arbitre examine ensuite l'argument de l'employeur selon lequel l'arbitre n'a pas compétence pour rendre une ordonnance de réintégration, la question de la perte du permis du plaignant n'entrant pas dans le champ d'application de la convention collective. Il est établi que la commission a agi prématurément en révoquant le permis du plaignant pour la même question pouvant faire l'objet d'un grief, la révocation du permis dans de telles circonstances ayant pour effet de rendre illusoire le droit de déposer un grief. Par conséquent, l'arbitre conclut que la révocation du permis du plaignant est inadmissible parce qu'elle était prématurée.

Titre	***Emergency Health Services Commission v. Ambulance Paramedics of British Columbia, Canadian Union of Public Employees, Local 873* (grief Lalli)**
Référence	[1986] BCCAAA nº 86
Tribunal	British Columbia Collective Agreement Arbitration

Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND misconduct [ambulancier! ET inconduite]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical a-t-il fourni les soins appropriés à une patiente? Dans le cas contraire, y avait-il lieu d'imposer une mesure disciplinaire?
Résumé	Un ambulancier reçoit une lettre de réprimande pour avoir donné des soins inférieurs à la norme à une patiente âgée. Il nie les faits allégués et dépose un grief. On allègue que le plaignant a donné des soins inférieurs à la norme à une patiente âgée tombée du lit dans une maison de soins infirmiers, qui a pu se fracturer la jambe ou la hanche, par les gestes suivants : • avoir demandé à la patiente de se lever et de supporter son poids; • avoir utilisé la méthode de relèvement avant et arrière; • avoir manipulé la patiente de manière brusque et dangereuse, et avoir fait preuve de rudesse et d'insensibilité; • ne pas avoir appliqué de contention avant de transporter la patiente; • ne pas avoir inscrit la destination sur le rapport d'équipe. Un témoin expert, chargé de la formation des ambulanciers paramédicaux du niveau du plaignant (préposé en soins médicaux d'urgence de niveau II), affirme n'avoir rien à redire à propos du transport de la patiente de sa chambre à la civière au moyen de la méthode du relèvement avant et arrière. Il affirme toutefois que le fait de mettre debout une patiente chez qui l'on soupçonne une fracture de la hanche est contraire à ce qui est enseigné aux préposés en soins médicaux d'urgence de niveau II, en raison de la possibilité de dommages vasculaires. Par conséquent, l'arbitre juge que le plaignant a commis une erreur en demandant à la patiente de se tenir debout. En ce qui concerne la contention, l'arbitre, en s'appuyant sur le témoignage d'expert, conclut que le patient a été formé pour appliquer la contention dans les cas de risque de fracture de la hanche, si possible, avant de déplacer un patient. Toutefois, malgré le fait que cela lui était possible, le plaignant a retardé la contention jusqu'au moment où la patiente s'est trouvée dans l'ambulance. Par conséquent, il n'a pas appliqué la norme de soins exigée par sa formation. Cependant, le témoignage d'autres ambulanciers et de nombreux rapports d'équipe indiquent que la contention n'est pas appliquée dans tous les cas de risque de fracture de la hanche. En outre, compte tenu des témoignages contradictoires, l'arbitre juge que les conclusions de la lettre de réprimande, à savoir que le plaignant a manqué de délicatesse et s'est montré brusque et insensible, ne sont pas étayées par la preuve. Enfin, le plaignant admet que le rapport d'équipe qu'il a remis comporte une lacune, puisqu'il a omis d'y inscrire le nom de l'hôpital de destination de la patiente. L'avocat du plaignant fait valoir que des mesures disciplinaires ont été imposées au plaignant parce le fils de la patiente est ministre. Bien que l'arbitre soit convaincu par la preuve que le plaignant a fait mettre debout la patiente, qu'il a omis d'appliquer la contention au bon moment et qu'il a remis un rapport d'équipe incomplet, de nombreux rapports d'équipe faisant état d'incidents d'inconduite semblables n'ont pas donné lieu à des mesures disciplinaires. Par conséquent, l'arbitre juge que les mesures disciplinaires à l'endroit du plaignant sont extraordinaires. Même le président du comité des normes de pratique du syndicat, qui administre un programme d'examen par les pairs avec l'approbation de la commission, est d'avis que la conduite du plaignant constitue bien un cas de renvoi à ce comité, laissant entendre que le processus disciplinaire n'est pas pertinent en l'espèce. En définitive, l'arbitre conclut que « si la

	même situation s'était produite à un détail près, le plaignant n'aurait pas été sanctionné. Le détail auquel je fais référence est le fait que la patiente est la mère d'un ministre ». Par conséquent, l'arbitre ordonne le retrait de la lettre de réprimande.

Titre	***Edgar v. Richmond (Township)***
Référence	[1991] BCJ nº 598
Cour	Cour suprême de la Colombie-Britannique
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND misconduct [ambulancier! ET inconduite]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Des ambulanciers paramédicaux ont-ils fait preuve de négligence en suivant le protocole dans les circonstances et en attendant l'arrivée de la police avant d'entrer dans une maison?
Résumé	Les répartiteurs d'urgence, les ambulanciers et les policiers qui ont répondu à un appel au 9-1-1 à la suite duquel la demanderesse est devenue quadriplégique sont poursuivis pour négligence. Les circonstances de l'appel au 9-11 sont les suivantes : la mère de la demanderesse appelle le 9-1-1 parce que sa fille « devient folle »; le répartiteur alerte les ambulanciers et les policiers de la situation; les ambulanciers paramédicaux arrivent sur les lieux en 10 minutes environ et attendent l'arrivée des policiers, conformément à la procédure en vigueur relativement au traitement de patients couverts par la *Mental Health Act* (loi sur la santé mentale); les policiers arrivent 25 minutes après l'appel au 9-1-1 et sont conduits à la chambre de la demanderesse, dans laquelle elle s'est enfermée; peu de temps après, la demanderesse saute de la fenêtre de sa chambre et subit les dommages corporels en cause. La poursuite contre les ambulanciers repose sur l'allégation qu'ils n'ont pas réagi correctement à l'appel d'urgence au 9-1-1. Plus précisément, on allègue qu'ils ont fait preuve de négligence en n'entrant pas chez la demanderesse avant l'arrivée des policiers. La Cour conclut que cette conduite ne peut être jugée fautive, les ambulanciers devant d'abord suivre les dispositions de la *Mental Health Act*, qui leur interdit de saisir une personne qui refuse ou est incapable de se rendre volontairement. Le pouvoir de saisir ou de contenir une personne est dévolu par la loi aux policiers, et des motifs valables de protection de l'intérêt public expliquent ce choix. Les ambulanciers ne peuvent agir tant que les policiers n'ont pas sécurisé les lieux et les personnes. Par conséquent, la Cour déclare que les défendeurs ont respecté une obligation de nature publique. La demanderesse n'a donc pas établi la négligence des défendeurs.

Titre	***R. v. Husereau***
Référence	[2009] BCJ nº 571
Cour	Cour provinciale de la Colombie-Britannique
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND misconduct [ambulancier! ET inconduite]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical est accusé d'agression sexuelle sur un patient de 12 ans dans une ambulance.

Résumé	Ce procès au criminel concerne un ambulancier accusé d'agression sexuelle sur un garçon de 12 ans, commise dans une ambulance pendant un examen médical. L'accusé fait valoir qu'il a touché les parties génitales du plaignant dans le cadre de l'examen pour déterminer s'il souffrait de douleurs abdominales. La Cour conclut que la version de l'accusé n'est pas plausible et que l'explication n'est pas raisonnable compte tenu des circonstances, puisqu'il semble que l'enfant n'avait pas besoin de subir l'examen fait par l'accusé. Par conséquent, la Couronne estime avoir établi au-delà de tout doute raisonnable que l'attouchement avait été fait dans un but sexuel, et déclare l'accusé coupable.

Titre	***R. v. M.E.H.***
Référence	[2009] BCJ nº 2053
Cour	Cour provinciale de la Colombie-Britannique
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND misconduct [ambulancier! ET inconduite]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Détermination de la peine infligée à l'accusé dans l'affaire *R. c. Husereau*. L'ambulancier paramédical perd son emploi à la suite de la déclaration de culpabilité.
Résumé	Cette décision détermine la peine de l'ambulancier visé par l'affaire *R. c. Husereau*. La Cour conclut que la nécessité d'envoyer un message dissuasif et de favoriser la dénonciation justifie une peine de 90 jours suivie d'une période de probation de 3 ans et de l'inscription de l'accusé au registre des délinquants sexuels. La Cour tient également compte du fait que l'accusé a déjà payé un prix très élevé en perdant son emploi à la suite de la déclaration de culpabilité.

Titre	***Davidson v. British Columbia***
Référence	[1996] 1 WWR 137
Cour	Cour suprême de la Colombie-Britannique
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND negligence or negligent AND "standard of care" AND professional or profession [ambulancier! ET négligence ou négligent ET "norme de soins" ET professionnel ou profession]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Des ambulanciers paramédicaux ont-ils fait preuve de négligence en omettant d'informer clairement un patient des risques associés à son refus de recevoir un traitement médical?
Résumé	Alors qu'il est ivre, le demandeur de 52 ans tombe dans un escalier roulant et subit un traumatisme crânien fermé. À l'arrivée des ambulanciers paramédicaux, les signes vitaux du plaignant sont normaux. Les ambulanciers paramédicaux tentent de transporter le plaignant à l'hôpital, mais celui-ci devient agressif et agité. Les ambulanciers l'informent qu'il souffre d'une blessure à la tête et qu'il doit se rendre à l'hôpital pour y être examiné, mais le demandeur refuse, et il est impossible de le raisonner. Bien que les ambulanciers ne se rappellent pas les mots exacts employés, ils ont dit au demandeur, en gros, que les blessures à la tête étaient toujours préoccupantes et qu'elles devaient être examinées par un médecin à l'hôpital, par précaution. Dans leur tentative de persuader le plaignant, les ambulanciers n'ont pas essayé de lui expliquer précisément les risques, en utilisant des termes

	médicaux. Ils finissent par abandonner, mais ramènent le demandeur chez lui pour s'assurer qu'il y arrive en toute sécurité. Le lendemain, la femme du demandeur constate qu'il a sombré dans un coma, causé par un hématome intracrânien. Le demandeur poursuit les deux ambulanciers, ainsi que la Couronne en tant qu'employeur, en dommages-intérêts pour le préjudice corporel subi, prétendant que les ambulanciers ont été négligents en ne l'informant pas suffisamment des risques associés à une blessure à la tête lorsqu'il a refusé de se rendre à l'hôpital et en n'informant pas sa femme de ces risques lorsqu'ils l'ont déposé à la maison. Les défendeurs soutiennent quant à eux avoir respecté la norme de diligence requise et avoir agi raisonnablement dans les circonstances. Aucune formation conçue pour les ambulanciers ne mentionne qu'ils doivent informer les patients des dangers inhérents à une situation. La Cour rejette la poursuite au motif que les défendeurs ont agi raisonnablement dans les circonstances et se sont acquittés de leurs tâches sur place en suivant les normes apprises lors de leur formation. Plus particulièrement, la Cour juge que les ambulanciers paramédicaux se sont acquittés de leurs tâches à la fois en traitant le patient de façon appropriée, en lui conseillant d'aller à l'hôpital, et, essentiellement, en agissant comme toute personne raisonnable ayant suivi la même formation l'aurait fait, étant donné qu'on ne peut attendre d'eux qu'ils s'engagent dans le domaine de la théorie médicale, et que la situation n'exigeait pas qu'on prenne des mesures extrêmes ou attentatoires aux droits du demandeur pour le transporter à l'hôpital contre son gré. La Cour déclare en outre que le demandeur percevait sans doute le risque, et que l'issue tragique a été provoquée par son intransigeance. En ce qui concerne la question de savoir si les ambulanciers paramédicaux ont fait preuve de négligence en n'informant pas la femme du demandeur de la situation, la Cour juge qu'ils n'avaient aucune obligation de trouver des tiers aux fins de les informer de ce qui s'était produit, et la Cour considère que le geste bien intentionné d'escorter un homme ivre à son domicile pour sa propre sécurité n'entraîne pas l'obligation d'informer les occupants de la maison de la situation.

Titre	***Daley v. Emergency and Health Services Commission***
Référence	[2008] BCHRTD nº 63
Tribunal	British Columbia Human Rights Tribunal
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND misconduct [ambulancier paramédical! ET inconduite]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Un employeur a-t-il fait preuve de discrimination envers un ambulancier paramédical sur la base de son incapacité, soit un état de stress post-traumatique provoqué par un incident au cours duquel un patient est mort et pour lequel on lui a imposé des mesures disciplinaires pour ne pas avoir donné les soins adéquats?
Résumé	Cette cause fait suite à un incident au cours duquel le patient d'un ambulancier paramédical est mort peu après son transport à l'hôpital. L'ambulancier paramédical a fait l'objet de mesures disciplinaires, qu'il n'a pas contestées, pour avoir manqué de jugement en cessant d'administrer de l'oxygène et en annulant l'appel à l'unité de soins avancés, décisions qui ont contribué à la mort du patient. À la suite de cet incident, l'ambulancier paramédical souffre de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété. Il allègue que son employeur fait preuve de discrimination à son endroit sur la base de son incapacité, ce qui va à l'encontre de l'article 13 du *Human Rights Code* (code des droits de la personne). Plus précisément, l'ambulancier paramédical allègue que son employeur le harcèle et fait preuve de discrimination à son endroit de plusieurs manières au travail, notamment en l'obligeant à assister à des réunions, en le menaçant et en le harcelant pendant ces réunions, en lui refusant des prestations ou en retardant leur versement, en ne s'informant pas raisonnablement de sa capacité à travailler, en proférant des menaces d'ordre financier en

	vue de miner sa confiance et sa santé, et en lui imposant des mesures disciplinaires pour des questions mineures qui seraient liées à son incapacité. En outre, il allègue que son employeur l'a congédié pour n'être pas entré au travail le 13 novembre 2004, et que ce congédiement est imputable, en tout ou en partie, à son incapacité mentale. Enfin, il soutient que ses employeurs font de la discrimination systémique à l'endroit des employés souffrant d'incapacité mentale, discrimination fondée sur la conviction qu'une personne souffrant de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique ne doit pas travailler comme ambulancier paramédical. Le tribunal, après examen de la preuve, détermine que les éléments de preuve n'étayent aucune de ces allégations. Par conséquent, il conclut que l'ambulancier paramédical n'a pas réussi, à première vue, à établir la discrimination sur la base de l'incapacité mentale. Le tribunal rejette la plainte.

Titre	***Emergency Health Services Commission and Ambulance Paramedics of British Columbia, CUPE Local 873*** **(grief Belway)**
Référence	[1998] BCCAAA nº 250
Tribunal	British Columbia Collective Agreement Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND misconduct [ambulancier paramédical! ET inconduite]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	La suspension d'un ambulancier paramédical pour avoir donné des renseignements inexacts sur l'état d'un patient à un répartiteur est-elle excessive dans les circonstances?
Résumé	Les faits à l'origine de cette affaire peuvent se résumer comme suit : le 5 janvier 1997, le plaignant et son partenaire sont dépêchés pour un « code 3 » à un appartement où un homme a fait une chute. À leur arrivée, le plaignant constate que la situation ne correspond pas à une urgence de niveau 3, mais qu'il s'agit plutôt d'une simple blessure à la cheville. Malgré cela, le plaignant informe le répartiteur qu'ils sont en route vers l'hôpital général de Vancouver avec un patient en arrêt cardiaque à la suite d'un traumatisme. Sur la foi des renseignements fournis par le plaignant, le répartiteur communique avec l'hôpital et informe le personnel médical qu'un patient en arrêt cardiaque est en route. Le personnel se prépare à cette situation d'urgence avant l'arrivée de l'ambulance. Le lendemain, une plainte est déposée contre le plaignant en raison de la « fausse alerte ». Peu de temps après, le plaignant est suspendu pour deux jours. Le plaignant conteste cette suspension, alléguant qu'il s'agit d'une mesure disciplinaire excessive. L'arbitre convient que la conduite du plaignant est un motif valable de mesure disciplinaire, étant donné que la communication exacte d'une évaluation fait partie intégrante du travail de l'ambulancier paramédical en soins avancés. L'arbitre juge par ailleurs que la suspension de deux jours est une mesure excessive : même si le plaignant a commis un écart de conduite grave, il est probable que l'incident à l'hôpital ne se serait pas produit si le répartiteur avait suivi la procédure. En effet, le répartiteur doit partager la responsabilité de l'incident pour avoir d'abord signalé un code 3, ne pas avoir demandé de renseignements supplémentaires en entendant le plaignant annoncer que le patient était en arrêt cardiaque, et ne pas avoir informé le plaignant qu'il avait avisé l'hôpital de l'urgence déclarée. Ces omissions sont contraires à la politique établie et ont fait en sorte que la situation a dégénéré. Étant donné que de tels incidents doivent être punis de manière semblable et que le répartiteur n'a reçu aucune sanction disciplinaire, l'arbitre juge que la suspension de deux jours est excessive. Parmi les autres facteurs atténuants, l'arbitre souligne que le plaignant est un employé de longue date et solide, au dossier disciplinaire vierge, avec plusieurs

	distinctions dans sa carrière. Par conséquent, sur la base des circonstances, l'arbitre ordonne que la suspension soit remplacée par une réprimande écrite.

Titre	***Battrum v. British Columbia***
Référence	[2009] BCJ nº 1074
Cour	Cour suprême de la Colombie-Britannique
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND negligence or negligent AND standard of care [ambulancier paramédical! ET négligence ou négligent ET norme de soins]
Consultation	11 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical a-t-il traité une patiente avec négligence, aggravant ainsi ses blessures?
Résumé	La demanderesse, âgée de 54 ans, poursuit les défendeurs (deux ambulanciers paramédicaux et la province) pour négligence. Elle tombe de cheval et atterrit lourdement sur l'épaule droite. Elle ressent une douleur considérable à l'épaule, et toute tentative de bouger le bras provoque une douleur extrême. Les ambulanciers paramédicaux arrivent sur les lieux et, selon le témoignage de la demanderesse, l'un d'eux force son bras blessé de sa position initiale pour le placer devant elle, lui causant une douleur extrême. La demanderesse allègue que l'ambulancier a fait preuve de négligence en déplaçant son bras d'une manière qui a endommagé les nerfs. L'ambulancier paramédical affirme n'avoir pas bougé le bras de la demanderesse de plus d'un demi-pouce. La Cour conclut que la déclaration de la demanderesse sur la position de son bras à l'arrivée des ambulanciers est incompatible avec des éléments de preuve, change au fil du temps, et n'est pas digne de foi. Selon les témoignages d'observateurs, l'ambulancier paramédical a fait preuve de rudesse inutile et n'a pas agi avec professionnalisme et empathie avec la demanderesse. Cependant, l'ambulancier paramédical a respecté la norme de soins relative au traitement d'une luxation de l'épaule avec lésion médullaire possible, puisqu'il a posé une attelle sur le bras de la demanderesse, dans la position où il était. Par conséquent, la Cour rejette la poursuite de la demanderesse.

Manitoba

Titre	**Harder Estate (Re)**
Référence	[2003] MJ nº 315
Cour	Cour provinciale du Manitoba
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND risk [ambulancier paramédical! ET risque]
Consultation	17 juin 2011
Pertinence	La Ville a-t-elle contribué à la mort d'un enfant en n'embauchant pas suffisamment d'ambulanciers paramédicaux accrédités pour administrer des médicaments aux enfants?

Résumé	L'enquête vise à déterminer les circonstances entourant la mort de la jeune Harder, âgée de 5 ans, et ce qui peut être fait pour empêcher que de tels cas se reproduisent. L'enquête porte sur de nombreux facteurs, notamment l'accréditation des sauveteurs et le règlement de la piscine publique, mais seuls les aspects de l'enquête visant les ambulanciers paramédicaux sont évoqués ici. Harder est retrouvée flottant sur le ventre dans la partie peu profonde d'une piscine de la Ville, et les ambulanciers paramédicaux arrivés sur les lieux ne peuvent la réanimer. Normalement, on administre de l'adrénaline à une personne en arrêt cardiaque comme Harder, mais seul un ambulancier paramédical de niveau III peut le faire dans le cas d'un enfant. Étant donné que le seul ambulancier paramédical de niveau III à ce moment se trouve à l'autre bout de la ville, il est plus rapide de transporter Harder à l'hôpital en ambulance que d'attendre l'arrivée de cet ambulancier paramédical. Bien qu'il soit impossible de savoir si l'issue eût été différente, le fait demeure que si un ambulancier paramédical de niveau III avait été disponible, l'adrénaline aurait été administrée au moins 10 minutes plus tôt qu'elle ne l'a été. Sur cette question, l'enquête conclut qu'une ville de la taille de Winnipeg devrait avoir plus de 10 ambulanciers paramédicaux de niveau III, que la Ville devrait augmenter le nombre d'ambulanciers paramédicaux de cette catégorie, et, idéalement, que la plupart des ambulanciers paramédicaux de la Ville, sinon tous, devraient obtenir l'accréditation de niveau III.

Titre	***Bodnarek v. Health Sciences Centre***
Référence	[2004] MJ nº 401
Cour	Cour du Banc de la Reine du Manitoba
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! [ambulancier!]
Consultation	17 juin 2011
Pertinence	La demanderesse, qui allègue que des ambulanciers paramédicaux employés par le défendeur ont fait preuve de négligence en ne la conduisant pas à l'hôpital, a-t-elle retardé sans motif valable une poursuite contre le défendeur?
Résumé	Il s'agit d'une requête du Health Sciences Centre (le « défendeur »), qui demande le rejet de la poursuite de la demanderesse au motif qu'un protonotaire a déjà rejeté la réclamation de celle-ci en raison du dépassement du délai de prescription. Le défendeur demande le rejet de l'appel sur la base plaidée avec succès pour le rejet de la poursuite, à savoir que la demanderesse a trop tardé à déposer son recours. Les faits à l'origine de cette affaire peuvent se résumer comme suit : le 19 juin 1997, alors incapable de sortir de la baignoire après y avoir pris un bain, la demanderesse appelle le service d'ambulance de la Ville de Winnipeg. Selon elle, les ambulanciers la retirent de la baignoire et la déposent sur le lit, sans l'emmener à l'hôpital. Constatant que le mal de dos et l'engourdissement de la demanderesse persistent, son mari la conduit à l'hôpital, où elle est admise et où on diagnostique un abcès épidural. Elle subit une intervention chirurgicale pour enlever l'abcès, mais souffre de graves lésions au système nerveux. La demanderesse dépose une déclaration dans laquelle elle prétend que la Ville de Winnipeg est responsable de la négligence des ambulanciers de ne pas l'avoir transportée à l'hôpital pour une évaluation plus poussée. Depuis le dépôt de la déclaration, aucune autre mesure n'a été prise par la demanderesse. En février 2003, le défendeur dépose une requête en irrecevabilité sur la base du dépassement du délai de prescription. La demanderesse fait appel de la décision et, après d'autres retards dans la présentation de l'affaire en appel, le défendeur dépose une requête en rejet de l'appel fondé sur le dépassement du délai de prescription.

	La Cour cherche à savoir si la demanderesse a indûment retardé la poursuite de cette action et si le retard est raisonnablement justifiable. Ce faisant, la Cour juge que, même si la demanderesse a connu de nombreuses difficultés personnelles au cours des sept dernières années (problèmes de santé, problèmes financiers, enfant enlevé par les services à l'enfance et à la famille), rien ne permet de raisonnablement justifier le retard dans cette affaire. Par conséquent, la Cour accueille la requête du défendeur et rejette l'appel.

Nouveau-Brunswick

Titre	***Canadian Union of Public Employees, Local 1252 v. Region 7 Hospital Corp.* (grief Butler)**
Référence	[2000] NBLAA nº 20
Tribunal	New Brunswick Labour Adjudication
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]
Consultation	17 juin 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical qui se présente au travail avec une haleine sentant l'alcool peut-il être congédié pour ce motif?
Résumé	Un ambulancier paramédical conteste son congédiement, qui repose sur le fait qu'il s'est présenté au travail avec une haleine sentant l'alcool. Le plaignant allègue que ce motif est injuste, et demande à être réintégré dans son poste. Le matin du 30 janvier 2000, à la suite du déraillement d'un train de passagers, le plaignant est appelé et intervient dans la situation d'urgence, même s'il a fêté son anniversaire la veille et consommé environ un demi-litre de vodka. Quelqu'un détecte l'odeur d'alcool, et le plaignant est congédié par la suite. Ce n'est pas la première fois que l'employeur associe le plaignant à la consommation d'alcool : • le 4 mai 1998, le plaignant reçoit un avertissement verbal pour avoir eu une haleine sentant l'alcool au travail; • le 12 août 1998, le plaignant reçoit un deuxième avertissement verbal pour avoir eu une haleine sentant l'alcool au travail; • le 13 octobre 1998, on détecte une fois de plus une odeur d'alcool dans l'haleine du plaignant, alors qu'il est au travail. Cette fois, l'employeur lui impose une suspension de un jour avec salaire et verse une lettre de réprimande à son dossier; • le 8 décembre 1998, le plaignant se présente de nouveau au travail avec une haleine sentant l'alcool. L'employeur verse une autre lettre de réprimande à son dossier et lui impose une autre suspension de un jour, sans salaire cette fois; • le 2 janvier 1999, le plaignant se présente de nouveau au travail avec une haleine sentant l'alcool. Il consent à un test d'alcoolémie, qui révèle qu'il est en état d'ébriété selon la loi. L'employeur verse une autre lettre de réprimande à son dossier et lui impose une suspension de trois jours; • le 18 mars 1999, l'employeur écrit au plaignant pour l'informer qu'il a des raisons de croire qu'il s'est présenté au travail le 11 mars 1999 avec une haleine sentant l'alcool, mais qu'aucune mesure disciplinaire n'est imposée en raison de l'absence de confirmation de l'incident. Depuis son congédiement, le plaignant a suivi un programme de traitement de l'alcoolisme prolongé, reçoit du counseling, assiste aux réunions des Alcooliques Anonymes, n'a aucune envie de consommer de l'alcool et est plus communicatif avec sa famille. L'arbitre conclut que l'employeur s'est clairement acquitté du fardeau de la preuve en démontrant que le requérant s'était

	présenté au travail sous l'influence de l'alcool et qu'il mérite une sanction disciplinaire. Étant donné que l'employeur a agi avec compassion en appliquant un processus disciplinaire progressif, en offrant au plaignant de suivre un traitement pour son problème d'alcoolisme et en portant clairement la politique disciplinaire à l'attention du plaignant à plusieurs reprises, l'arbitre conclut qu'un tel comportement mérite d'être sanctionné et qu'il y a motif valable de congédiement en l'espèce.

Titre	***Canadian Union of Public Employees, Local 1252 v. Atlantic Health Sciences Corp.*** **(grief Mesereau)**
Référence	[2009] NBLAA nº 11
Tribunal	New Brunswick Labour Adjudication
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	17 juin 2011
Pertinence	Les exigences supplémentaires associées à un poste d'ambulancier paramédical sont-elles justifiées?
Résumé	Le plaignant dépose un grief après s'être fait refuser un poste au motif qu'il n'a pas les compétences requises, alors qu'il est le candidat avec le plus d'ancienneté. Parmi ces compétences, citons des études et de l'expérience en soins médicaux et chirurgicaux, en administration de médicaments, en phlébotomie et en examen physique. Le plaignant n'a pas encore suivi de formation de recyclage sur la phlébotomie et l'administration de médicaments. Le plaignant prétend qu'il aurait dû avoir le poste puisqu'il a le plus d'ancienneté. L'arbitre conclut au caractère raisonnable et justifié ainsi qu'à la pertinence des compétences supplémentaires exigées pour les postes affichés. Étant donné qu'on n'exige pas du plaignant qu'il acquière ces compétences supplémentaires pour conserver son emploi actuel, l'employeur n'est pas tenu de lui donner le poste ni de lui laisser le temps de suivre une formation de recyclage. Par conséquent, le grief est rejeté.

Titre	***Price v. St. John Ambulance, New Brunswick Council***
Référence	[1997] BCJ nº 169
Cour	Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick – Division de première instance
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! [ambulancier!]
Consultation	17 juin 2011
Pertinence	Ambulance Saint-Jean a-t-elle eu raison d'expulser une étudiante de son cours pour tricherie?
Résumé	Il s'agit d'une requête en révision judiciaire d'une décision d'Ambulance Saint-Jean d'expulser la demanderesse du cours d'ambulancier pour avoir triché à un examen. La Cour détermine d'abord qu'elle a compétence pour traiter la question, étant donné qu'Ambulance Saint-Jean a été institué par l'Assemblée législative et reçoit des fonds de la province. Traitant ensuite de la question en l'espèce, la Cour casse la décision d'Ambulance Saint-Jean parce que l'organisme a violé les règles de justice naturelle en n'informant pas la demanderesse de la norme à respecter ni des déclarations des autres étudiants.

Titre	***R. v. Léger***
Référence	[1999] BCJ nº 43
Cour	Cour d'appel du Nouveau-Brunswick
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! [ambulancier!]
Consultation	17 juin 2011
Pertinence	Le juge de première instance a-t-il erré en condamnant un ambulancier pour agression sexuelle sur une patiente?
Résumé	Il s'agit de l'appel de l'ambulancier Léger d'une déclaration de culpabilité relative à une agression sexuelle qui aurait eu lieu alors que la patiente se trouvait dans l'ambulance. Le juge de première instance a conclu que Léger avait fait des attouchements sexuels à la patiente, sans le consentement de cette dernière, mais Léger prétend que le juge a erré dans son évaluation de la preuve et de la crédibilité des témoins quant à la nature sexuelle de l'agression, d'où l'appel. La Cour rejette l'appel au motif que le juge de première instance a examiné toutes les circonstances pertinentes entourant la conduite de Léger. Le juge de première instance a fondé sa décision sur son évaluation de la crédibilité de Léger, et ses constatations ont été examinées avec attention par la Cour d'appel. Aucune erreur n'a été prouvée, et, compte tenu de l'ensemble des éléments de preuve, la déclaration de culpabilité n'est pas déraisonnable.

Ontario

Titre	***Mattick Estate v. Ontario (Minister of Health)***
Référence	[2001] OJ nº 21
Cour	Cour d'appel de l'Ontario
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Plainte selon laquelle des ambulanciers paramédicaux n'ont pas donné le niveau de soins approprié lors du traitement d'un patient, transformée en poursuite contre la province pour avoir omis de bien former et bien équiper ses ambulanciers paramédicaux.
Résumé	Le mari de la demanderesse subit une crise cardiaque grave, et les préposés en soins médicaux d'urgence le transportent de son domicile à l'hôpital, où il meurt quelques jours plus tard. La demanderesse se plaint au ministère de la Santé des soins donnés à son mari par le personnel médical d'urgence. Plus particulièrement, elle allègue que les préposés en soins médicaux d'urgence n'ont pas tenté la réanimation cardiopulmonaire sur les lieux et n'ont pas procédé à la défibrillation en route vers l'hôpital, l'ambulance n'étant pas équipée d'un défibrillateur. Le ministère mène une enquête et publie un rapport qui conclut que les soins donnés au mari de la demanderesse étaient acceptables. La demanderesse intente une poursuite contre la province, alléguant que celle-ci n'a pas bien formé et équipé ses préposés en soins médicaux d'urgence et qu'il s'agit là d'une cause matérielle de la mort de son mari. La province dépose une requête en irrecevabilité de la poursuite au motif que la demanderesse n'a pas donné l'avis de 60 jours prescrit par la loi avant d'intenter la poursuite. Cette affaire constitue l'appel de la demanderesse de la requête en irrecevabilité, et s'attarde principalement à l'interprétation de la disposition législative qui exige 60 jours de préavis avant d'intenter une poursuite contre la Couronne. L'appel de la demanderesse est accueilli.

Titre	***Re York County Hospital and S.E.I.U., Local 204***
Référence	[1992] OLAA nº 1307
Tribunal	Ontario Labour Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical qui se présente au travail avec une haleine sentant l'alcool peut-il être congédié pour ce motif?
Résumé	Un ambulancier ayant 10 ans d'ancienneté conteste son congédiement de l'hôpital pour s'être présenté au travail avec une haleine sentant l'alcool. Rien ne suggère que le plaignant a bu pendant le travail, mais il admet par ailleurs avoir consommé de la bière avant son quart de travail, s'être présenté au travail et avoir exercé ses fonctions en état d'ébriété. Le cas consiste à déterminer si le congédiement est une mesure disciplinaire appropriée. Fait important à souligner, le plaignant a des antécédents : en 1989, il reçoit un avertissement écrit pour avoir eu une haleine sentant l'alcool, et, en 1991, une suspension de 5 jours pour avoir été en état d'ébriété. Cependant, depuis son congédiement, le plaignant ne boit plus du tout et suit le programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes. En premier lieu, l'arbitre déclare qu'« il ne peut y avoir aucune tolérance à l'égard d'un employé d'un service d'ambulance qui travaille en état d'ébriété », parce qu'« il est difficile d'imaginer un emploi exigeant des facultés de réaction et une capacité de fonctionner plus aiguës en situation de stress » et que l'alcool « pourrait facilement mettre en danger la vie des patients et des collègues conducteurs et ambulanciers ». L'arbitre estime donc que l'abus d'alcool d'un conducteur ou d'un ambulancier est à première vue un motif de congédiement valable dans ce milieu de travail. En dépit de cette déclaration bien sentie, l'arbitre conclut à une forte probabilité de rétablir la relation de travail, étant donné que le plaignant a trouvé une manière de gérer le stress et qu'il suit le programme des Alcooliques Anonymes. Par conséquent, l'arbitre ordonne de réintégrer le plaignant dans son poste, sous certaines conditions. Les conditions associées à cette réintégration sont les suivantes : rester sobre, assister à deux réunions des Alcooliques Anonymes par semaine, rétablir sa relation en suivant un programme de réadaptation et se soumettre à un test de dépistage à sa reprise du travail et si l'hôpital a des motifs raisonnables de croire qu'il a consommé de l'alcool.

Titre	***Scheerer v. Waldbillig***
Référence	[2006] OJ nº 744
Cour	Cour supérieure de justice de l'Ontario – Cour divisionnaire
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	La décision d'un directeur médical de révoquer l'accréditation d'un ambulancier paramédical est-elle valable?

Résumé	Dans la première affaire au Canada à porter sur l'accréditation ou la révocation de l'accréditation d'un ambulancier paramédical, la plaignante, Melissa Scheerer, dépose une demande de contrôle judiciaire visant à annuler la décision de l'intimé, le D[r] David Waldbillig, qui a révoqué l'accréditation d'ambulancière paramédicale de premier niveau et de niveau avancé de M[me] Scheerer, qui relevait de l'hôpital principal de Waterloo-Region-Wellington-Dufferin. Depuis la révocation de son accréditation, M[me] Scheerer ne peut plus travailler dans un service d'ambulance sous la direction de l'hôpital situé dans la région où elle habite, et elle doit informer tout autre hôpital principal de la révocation de son accréditation. La décision de révoquer l'accréditation de M[me] Scheerer repose sur deux plaintes concernant son travail comme ambulancière paramédicale. La première plainte provient d'un patient qui allègue que les ambulanciers paramédicaux ne l'ont pas examiné et que la signature sur le formulaire de refus de traitement sur le rapport d'appel d'ambulance est fausse. L'enquête sur cette plainte conclut que ces allégations sont sans doute fondées, et M[me] Scheerer suit un programme correctif à la demande du ministère. La deuxième plainte porte sur un incident impliquant le travail de M[me] Scheerer comme ambulancière paramédicale de premier niveau, mais cette plainte n'a pas été examinée en détail par la Cour. La Cour examine les questions suivantes et parvient à ces conclusions : 1) Cette Cour a-t-elle compétence pour examiner la décision? • La Cour conclut qu'elle a compétence en vertu de la *Loi sur la procédure de révision judiciaire*, étant donné que le D[r] Waldbillig exerçait un pouvoir statutaire lorsqu'il a rendu sa décision. • En outre, la Cour conclut qu'elle a compétence parce que le D[r] Waldbillig, à titre de directeur médical de l'hôpital, est un agent public exerçant une fonction publique. 2) Les principes de justice naturelle et d'équité procédurale s'appliquent-ils à la décision, et, dans l'affirmative, ont-ils été respectés? • Bien qu'il soit établi que tout pouvoir public rendant une décision administrative qui touche « les droits, les privilèges ou les intérêts d'une personne » est soumis a une obligation d'agir avec équité, la teneur de cette obligation varie et dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment la nature de la décision, la nature du régime législatif, l'importance de la décision pour la ou les personnes concernées, les attentes légitimes de la personne qui conteste la décision et les choix procéduraux de l'organisme. • Étant donné l'importance capitale de la décision du D[r] Waldbillig pour M[me] Scheerer, car elle entrave sa capacité de travailler à titre d'ambulancière paramédicale dans sa région de résidence et qu'elle nuit à ses possibilités de travailler pour un autre hôpital principal, il n'a pas été difficile de convaincre la Cour que M[me] Scheerer avait droit à l'équité procédurale. • Toutefois, la Cour considère que le D[r] Waldbillig satisfait aux exigences de l'équité en matière de procédure. M[me] Scheerer a été avisée de l'enquête, elle a eu l'occasion de rencontrer le D[r] Waldbillig à deux reprises et de répondre à l'enquête, elle a remis une déclaration écrite en réponse à la première plainte et signé une déclaration écrite de son partenaire en réponse à la deuxième plainte. M[me] Scheerer a reçu par écrit les motifs de la décision du D[r] Waldbillig de révoquer son accréditation et elle a eu l'occasion de faire des observations écrites complètes au

	comité d'examen, ce qu'elle a fait avec l'aide d'un avocat. • Bien qu'aucune audience officielle n'ait eu lieu, la Cour juge qu'une telle audience n'était pas nécessaire. 3) Plus particulièrement, le défendeur a-t-il tenu compte de renseignements non pertinents pour prendre sa décision? • M^me^ Scheerer soutient que le D^r^ Waldbillig a, pour arriver à sa décision, ignoré certains facteurs pertinents et tenu compte de facteurs non pertinents. En résumé, il n'a pas tenu compte du fait que les enjeux soulevés par la première plainte ont été résolus grâce à un programme correctif, et il s'est appuyé sur des considérations extérieures et non prouvées, comme le congédiement présumé de la demanderesse d'un emploi précédent ou le fait qu'elle ait prétendument conduit un véhicule alors que son permis de conduire avait été suspendu. • La Cour souligne que lorsqu'il s'agit d'appliquer la théorie du caractère raisonnable, la Cour doit examiner les motifs du tribunal pour vérifier si ceux-ci appuient la décision. Elle conclut que le D^r^ Waldbillig n'a pas accordé une importance indue à des considérations extérieures et que les motifs de sa décision sont bien fondés et appuyés par les éléments de preuve. • Cette conclusion est renforcée par la commission d'examen, qui a explicitement exclu de son examen les renseignements extérieurs relatifs au statut du permis de conduire de M^me^ Scheerer et à son congédiement de son emploi antérieur. Cependant, en dépit de l'exclusion de ces considérations, la commission d'examen confirme la décision du D^r^ Waldbillig. 4) Le défendeur a-t-il été partial? • La Cour est d'avis qu'il n'y a aucun fondement à l'affirmation selon laquelle le D^r^ Waldbillig a agi avec partialité, et que ses décisions, confirmées de manière indépendante par le comité d'examen, sont raisonnables dans le contexte. La Cour conclut qu'elle a compétence pour examiner la décision du D^r^ Waldbillig de révoquer l'accréditation de M^me^ Scheerer, que celle-ci avait droit à une procédure équitable, et que l'obligation d'agir avec équité n'a pas été violée. Par conséquent, la Cour conclut à l'absence de tort important ou erreur judiciaire grave et rejette la requête.

Titre	***Sensenbrenner Hospital, Kapuskasing v. Service Employees International Union, Local 204 (grief Mercier)***
Référence	[2002] OLAA nº 602
Tribunal	Ontario Labour Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Un ambulancier paramédical conteste son congédiement pour avoir échoué à un programme requis par les nouvelles normes de

	la *Loi sur les ambulances*.
Résumé	Le plaignant travaille comme conducteur d'ambulance lorsque des modifications apportées à la *Loi sur les ambulances* et à son règlement d'application rendent obligatoire l'accréditation PSMSU pour les ambulanciers paramédicaux, qui doivent aussi être qualifiés comme préposé en soins médicaux d'urgence. Le plaignant n'a pas cette accréditation et tente de l'obtenir en s'inscrivant au programme d'ambulanciers paramédicaux offert par le Cambrian College. Malheureusement, le plaignant échoue au programme et est congédié au motif qu'il ne satisfait pas aux exigences du poste d'ambulancier paramédical énoncées dans la *Loi sur les ambulances*. L'ambulancier paramédical dépose un grief pour congédiement injuste, alléguant que l'employeur n'a pas établi de motif valable de congédiement, puisque le plaignant n'a commis aucune faute. L'arbitre juge que cette affaire se distingue, sur cette base, des cas où un ambulancier paramédical perd son permis ou n'est pas assurable en raison de mauvaise conduite au volant d'un véhicule. Par conséquent, l'arbitre considère que, même si le plaignant n'est plus qualifié pour travailler à titre d'ambulancier paramédical, de nombreux autres postes doivent être pourvus, et rien dans la *Loi sur les ambulances* et son règlement d'application n'empêche l'employeur d'affecter le plaignant à une autre fonction. L'arbitre conclut que le plaignant a les mêmes droits que tout autre employé mis à pied avec droit de rappel.

Titre	***Re Manitouwadge General Hospital and S.E.I.U., Local 268***
Référence	[1992] OLAA nº 734
Tribunal	Ontario Labour Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND misconduct [ambulancier! ET inconduite]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	L'employeur a-t-il un motif valable de congédier un ambulancier paramédical sur la base de plusieurs infractions présumées, notamment quelques incidents liés aux soins aux patients et à la sécurité?
Résumé	Un ambulancier paramédical conteste son congédiement, alléguant que l'hôpital n'a pas de motif valable. L'hôpital fait valoir que le motif valable est établi et relève plusieurs infractions justifiant le congédiement. Bien que la majorité de ces incidents aient trait à l'insubordination et à des affrontements avec ses collègues provoqués par le plaignant, quelques incidents concernent les soins aux patients et la sécurité, notamment : • un avertissement écrit pour s'être rendu deux fois au mauvais endroit, ne pas avoir bien immobilisé une jambe avec un os fracturé et avoir mal traité une lésion de la colonne vertébrale; • un avertissement écrit pour avoir omis de bien approvisionner et sécuriser la base; • deux avertissements écrits pour avoir laissé les batteries d'une ambulance s'épuiser; • avoir démonté un appareil, ce qui a nui aux soins au patient (plus précisément, le requérant aurait débranché le tuyau d'oxygène de l'unité d'aspiration dans une ambulance). Le motif principal du congédiement se résume à un seul incident et à la réaction subséquente du plaignant, qui a frappé un mur, a été violent et a fait des commentaires désobligeants sur les croyances religieuses du gestionnaire. Cependant, les incidents mentionnés ci-dessus jouent un rôle mineur dans la conclusion définitive de l'arbitre, à savoir que si le congédiement constitue une sanction sévère, il s'agit d'une mesure disciplinaire raisonnable dans les circonstances.

Titre	**Re *Municipality of Metropolitan Toronto and Canadian Union of Public Employees, Local 43***
Référence	[1978] OLAA nº 39
Tribunal	Ontario Labour Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND misconduct [ambulancier! ET inconduite]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Le fait de laisser un patient sans surveillance à l'arrière d'une ambulance est-il un motif de mesures disciplinaires?
Résumé	Le plaignant, un ambulancier, conteste une suspension de deux jours imposée à la suite d'un incident pendant lequel un patient a été laissé sans surveillance et a, par conséquent, été inutilement mis en danger. Même s'ils savent que le patient a vomi et qu'il risque d'avaler ses vomissures, les ambulanciers jugent, en raison du fait que le malade est en phase terminale, qu'il est préférable de les laisser seuls, lui et sa femme, à l'arrière de l'ambulance. Le plaignant est le conducteur du véhicule au cours de ce transport. C'est son partenaire qui a violé l'article 17 du règlement en s'asseyant dans la cabine plutôt qu'en restant à l'arrière avec le patient. Toutefois, le règlement énonce également que le conducteur est responsable de l'ambulance et par conséquent, selon la décision, le plaignant a aussi agi contrairement aux règles. Comme l'explique l'arbitre : « Le risque de blessures graves ou de mort étant toujours présent, il est du devoir de chaque ambulancier conducteur de faire tout ce qui est raisonnablement possible, dans les circonstances, pour réduire ce risque au minimum et transporter le patient à l'hôpital le plus près, le plus rapidement possible, et veiller à ce que le patient reçoive les premiers soins ou les soins médicaux d'urgence exigés par son état. » Par conséquent, l'arbitre conclut que lorsque l'autre ambulancier n'est pas monté à l'arrière de l'ambulance avec le patient comme il est tenu de le faire selon l'article 17 du règlement de la communauté urbaine, le plaignant avait l'obligation de demander immédiatement à son partenaire de le faire pour le transport jusqu'à l'hôpital. Étant donné l'excellent dossier et l'expérience (26 ans) du plaignant, et le fait qu'il mérite une sanction moins sévère que son partenaire (car il était le conducteur), le grief du plaignant est accueilli, et la suspension est remplacée par une lettre d'avertissement.

Titre	***Chasczewski Estate v. 528089 Ontario Inc. (c.o.b. Whitby Ambulance Service)***
Référence	[2011] OJ nº 2512
Cour	Cour supérieure de justice de l'Ontario
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND negligence or negligent AND professional or profession [ambulancier! ET négligence ou négligent ET professionnel ou profession]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Les ambulanciers paramédicaux ont-ils donné le niveau de soins approprié à la patiente?

Résumé	Les défendeurs déposent une requête visant le rejet sommaire de l'action des demandeurs, au motif que le témoignage d'expert confirme que la norme de soins des ambulanciers paramédicaux en soins primaires en vigueur en 1996 a été respectée et que des facteurs causaux font que la prétention des demandeurs est invalide. Les demandeurs, le mari et les enfants survivants de M^me^ Chasczewski, prétendent que les défendeurs (les ambulanciers intervenants) n'ont pas donné les soins appropriés à la patiente, ce qui a provoqué sa mort. Le témoignage d'expert déposé avec cette requête indique clairement que la mort de M^me^ Chasczewski a été causée par une maladie coronarienne grave ayant mené à un arrêt cardiaque asystolique subit. On souligne que le taux de survie en Ontario en 1996 à cette maladie était de 0,2 %, et que la mort de M^me^ Chasczewski n'a en aucun cas été provoquée par les actions des défendeurs. Le témoignage va plus loin encore, expliquant que malgré un taux de survie à cette maladie de 2,4 % chez les patients traités par des ambulanciers paramédicaux en soins avancés au moyen de l'administration de médicaments de classe IV et de la stimulation cardiaque externe, le fait est que les défendeurs n'avaient pas été formés à ces pratiques. Il n'y avait pas d'ambulanciers paramédicaux en soins avancés en Ontario avant 1998. Bien que les défendeurs présentent eux aussi le témoignage d'un expert, il est incomplet et ne contredit pas le témoignage de l'expert des demandeurs. Par conséquent, la Cour estime que M^me^ Chasczewski serait malheureusement morte de toute manière, et que ses chances de survie auraient été presque inexistantes même avec les soins suggérés par les experts des demandeurs. La Cour conclut que les demandeurs n'ont aucune chance de succès et accueille la requête des défendeurs en rejet sommaire.

Titre	***Thomas v. Hamilton Board of Education***
Référence	[1990] OJ nº 147
Cour	Cour suprême de l'Ontario – Cour supérieure de justice
Source	Quicklaw
Termes de recherche	ambulance attendant! AND negligence or negligent AND professional or profession [ambulancier! ET négligence ou négligent ET professionnel ou profession]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	L'ambulancier paramédical a-t-il fait preuve de négligence dans les soins donnés au patient?
Résumé	Un jeune homme de 16 ans intente une poursuite en dommages-intérêts pour lésions corporelles subies lors d'un match de football à son école secondaire. La poursuite vise le conseil scolaire, qu'on accuse de ne pas avoir averti le demandeur du risque de blessures graves, et le secouriste sur les lieux, pour avoir agi avec négligence en retirant le casque de football du demandeur, aggravant ainsi ses blessures. Les deux recours sont rejetés. En ce qui concerne l'action contre l'ambulancier paramédical, la Cour rejette le recours au motif que le délai de prescription de six mois prévu à l'article 11 de la *Loi sur l'immunité des personnes exerçant des attributions d'ordre public*, L.R.O. 1980, ch. 406, n'a pas été respecté. Cependant, comme les plaignants font valoir que le conseil scolaire est responsable des actions de l'ambulancier paramédical, la Cour doit déterminer si l'ambulancier paramédical a fait preuve de négligence pour établir la responsabilité du conseil scolaire. La Cour déclare que l'ambulancier paramédical sur les lieux était bien formé et a bien réagi en immobilisant le corps du blessé. Il reste à établir s'il n'aurait pas dû enlever le casque. Bien que toutes les parties reconnaissent qu'on ne doit pas retirer un casque bien placé, le casque du demandeur s'était déplacé, et ce cas n'était pas prévu dans la procédure. Le défendeur croyait que la tête du demandeur bougeait à l'intérieur du casque, que le casque n'était pas bien attaché et qu'il risquait de tomber pendant qu'on installait le demandeur sur la planche dorsale. La Cour juge que l'ambulancier paramédical a exercé son jugement professionnel de manière raisonnable et qu'il a pris toutes les précautions qui s'imposaient. Par conséquent, la Cour conclut à l'absence de négligence de la part de l'ambulancier paramédical, et au fait qu'il a agi avec professionnalisme et de manière responsable. Par ailleurs, la Cour constate

	que même si l'ambulancier avait fait preuve de négligence, la prépondérance des témoignages d'expert laisse croire que l'ampleur du mouvement nécessaire pour retirer le casque n'a pu causer de dommages fonctionnels supplémentaires à la colonne vertébrale du demandeur.

Titre	***Canadian Union of Public Employees (Toronto Civic Employees Union), Local 416 v. Lauwers***
Référence	[2011] OJ nº 2028
Cour	Cour supérieure de justice de l'Ontario – Cour divisionnaire
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND misconduct [ambulancier paramédical! ET inconduite]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Une enquête du coroner peut-elle déterminer si la grève des ambulanciers paramédicaux a nui à la prestation des services médicaux d'urgence à un patient mort et examiner des questions plus larges de relations de travail, notamment le droit de grève des ambulanciers paramédicaux?
Résumé	La section locale 416 du syndicat demande le contrôle judiciaire d'une décision du coroner en chef adjoint relative à l'enquête sur la mort de Hearst. Plus précisément, le coroner a décidé qu'il essaierait d'établir si la grève des ambulanciers paramédicaux avait nui à la prestation des soins médicaux d'urgence à Hearst, et qu'il se pencherait sur des questions de relations de travail, comme le droit des ambulanciers paramédicaux à faire la grève selon la loi. Le syndicat demande que ces aspects soient retirés de l'enquête, et que la portée de celle-ci soit limitée aux faits et aux circonstances entourant la mort de Hearst. En juin 2009, lors d'une grève légale des ambulanciers paramédicaux et des répartiteurs des services médicaux d'urgence de Toronto, Hearst meurt d'un infarctus aigu du myocarde. Malgré un appel au 9-1-1 et l'affectation de deux ambulanciers paramédicaux en soins primaires, les ambulanciers paramédicaux décident de ne pas entrer avant l'arrivée des policiers, parce qu'ils craignent pour leur santé et leur sécurité. Par conséquent, il s'écoule 38 minutes entre le moment où une ambulance est demandée et l'intervention des ambulanciers paramédicaux sur les lieux. Selon l'examen de la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, la cause principale de ce délai réside dans la mauvaise décision des ambulanciers paramédicaux de retarder leur intervention parce qu'ils craignaient pour leur santé et leur sécurité. La Cour accueille la requête en partie. En premier lieu, la Cour détermine qu'il y a suffisamment de preuves pour étudier la possibilité que la grève ait joué un rôle dans la prestation des services d'urgence à Hearst. En particulier, la grève a entraîné une réduction de 25 % des effectifs et a forcé les ambulanciers paramédicaux à travailler dans des quartiers qu'ils ne connaissaient pas bien. Les ambulanciers dépêchés pour secourir Hearst ne connaissaient pas le quartier, et le superviseur des opérations estime que les équipes habituelles, qui connaissent bien le secteur, n'auraient pas retardé leur intervention dans ce cas. Toutefois, en ce qui concerne l'enquête sur les relations de travail, comme le droit de grève des ambulanciers paramédicaux, la Cour considère que le coroner n'a pas l'expertise nécessaire pour enquêter dans le domaine hautement spécialisé des relations de travail et qu'une enquête n'est pas le forum approprié pour étudier le droit de grève des ambulanciers paramédicaux. Par conséquent, cette question est exclue de la portée de l'enquête.

Titre	**Re *Ontario (5956-MED)***
Référence	[2010] OLATD nº 101
Tribunal	Tribunal d'appel en matière de permis de l'Ontario
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND misconduct [ambulancier paramédical! ET inconduite]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Une ambulancière paramédicale perd son permis de conduire en raison de l'abus d'alcool et d'autres substances et fait appel de la révocation de son permis au motif qu'elle suit un traitement.
Résumé	La demanderesse, une ambulancière paramédicale, demande au Tribunal d'appel en matière de permis de l'Ontario d'infirmer la décision du registrateur des véhicules automobiles de suspendre son permis de conduire. Le permis de conduire de la demanderesse, condition d'admissibilité au travail d'ambulancier paramédical, est suspendu sur la base d'un rapport médical et de l'évaluation d'un médecin, qui indiquent que la demanderesse souffre de dépendance (alcool, sédatifs, tranquillisants, stupéfiants, etc.). La demanderesse fait appel de cette décision au motif qu'elle suit un traitement et qu'elle ne consomme plus de drogue depuis plusieurs mois. Même s'il reconnaît la volonté de la demanderesse de retrouver son permis de conduire, d'autant plus nécessaire que sa subsistance en dépend, le Tribunal se dit préoccupé par ses deux rechutes précédentes et est d'avis qu'une période de réadaptation est nécessaire. Par conséquent, le Tribunal confirme la décision du registrateur.

Titre	***Ottawa (City) v. Canadian Union of Public Employees (grief Lauzon)***
Référence	[2009] OLAA nº 548
Tribunal	Ontario Labour Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND misconduct [ambulancier paramédical! ET inconduite]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Les conditions de liberté sous caution d'un ambulancier accusé d'agression sexuelle sur un patient l'empêchent-elles de conserver son emploi à la Ville d'Ottawa?
Résumé	Le plaignant, un ambulancier comptant plus de 25 ans de service, est accusé au criminel d'agression sexuelle sur un patient. Les conditions de liberté sous caution du plaignant l'empêchent de travailler comme ambulancier paramédical, et l'employeur impose un congé sans salaire. Le syndicat dépose un grief, alléguant que l'employeur a l'obligation de trouver un emploi que le plaignant peut occuper et qui respecte les conditions de sa liberté sous caution. L'arbitre reconnaît la gravité des accusations criminelles, particulièrement dans cette affaire, où les faits allégués ont eu lieu alors que le plaignant occupait une position de confiance. Toutefois, en ce qui concerne la question de savoir si l'employeur doit vérifier s'il y a des postes vacants ou des emplois susceptibles de devenir vacants dans l'unité de négociation que le requérant pourrait occuper, l'arbitre prend le parti du plaignant. Il le fait en partie en raison de ses longs états de service et de son bilan exemplaire, ainsi que de la présomption d'innocence, par la loi et par la direction, dont bénéficie le plaignant. Par

	conséquent, l'arbitre juge que l'employeur est tenu d'évaluer objectivement les compétences et les aptitudes du plaignant pour déterminer si des postes vacants ou sur le point de le devenir peuvent être occupés par le plaignant, avec un minimum d'orientation. Il ajoute que, compte tenu de la nature des accusations, le plaignant doit de toute évidence être constamment supervisé et ne pas être en contact direct avec les citoyens.

Titre	***Thunder Bay (City) v. Canadian Auto Workers, Local 229* (grief Melnychuk)**
Référence	[2005] OLAA nº 472
Tribunal	Ontario Labour Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND misconduct [ambulancier paramédical! ET inconduite]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Le congédiement d'un ambulancier paramédical en raison d'une série d'infractions, dont certaines liées à la sécurité et aux soins aux patients, est-il juste?
Résumé	Le plaignant, un ambulancier paramédical, soutient que son congédiement est injuste et demande à être réintégré avec pleine compensation. Le plaignant reconnaît avoir commis les actes cités par l'employeur comme ayant motivé le congédiement. Les actes commis par le plaignant comprennent : • avoir volé un ordonnancier en service et tenté de faire exécuter une ordonnance frauduleusement; • avoir menti à un médecin en service et avoir obtenu une ordonnance de stupéfiants; • dans l'exercice de ses fonctions d'ambulancier paramédical, avoir donné de faux renseignements à un évaluateur SARS et avoir ignoré les procédures de santé et sécurité et les procédures de contrôle des infections en omettant de porter un masque N-95; • avoir reçu un avertissement verbal pour comportement inapproprié et non professionnel envers un patient; • avoir reçu deux avertissements écrits pour non-respect de la procédure. L'employeur fait valoir que ces incidents constituent un motif valable de congédiement, alors que le syndicat est d'avis que la conduite du plaignant s'explique par sa dépendance à un médicament sur ordonnance, le Percocet[MD]. Le syndicat allègue également que cette dépendance doit être considérée comme une incapacité en vertu du *Code des droits de la personne* de l'Ontario, que le requérant a pris des mesures de réadaptation suffisantes et que, sur cette base, il doit être réintégré dans ses fonctions. L'arbitre insiste en premier lieu sur la gravité des incidents à la source de la mesure disciplinaire afin d'évaluer la charge qui incombe au plaignant de convaincre l'arbitre que cette inconduite ne doit pas donner lieu au congédiement. L'arbitre décrit la conduite du plaignant comme une conduite comportant tous les éléments de l'abus de confiance, du vol et de l'abus de pouvoir, soulignant la violation très grave de la relation de confiance fondamentale dans le travail d'un ambulancier paramédical. Gardant la gravité de la faute du plaignant à l'esprit, l'arbitre examine ensuite la seule explication offerte par le plaignant pour son inconduite (la dépendance au Percocet[MD]) et y détecte des failles. Premièrement, l'employeur ne connaissait pas, et n'était pas tenu de connaître, le problème de toxicomanie avant les incidents en question. Deuxièmement, le plaignant n'a pas réussi à fournir d'éléments de preuve plausibles de sa dépendance au Percocet[MD]. Le seul élément de preuve soutenant cette dépendance est le témoignage du plaignant, mais les nombreux tests de dépistage n'ont révélé aucune trace du médicament. Sans preuve de la dépendance au Percocet[MD] du plaignant,

	ce dernier est tout simplement incapable de prouver qu'il souffre d'une maladie qui exige que son employeur prenne des mesures d'adaptation selon le *Code des droits de la personne*. Troisièmement, et par-dessus tout, le plaignant n'a pas présenté de témoignage d'expert établissant le lien entre une telle dépendance et son inconduite. L'arbitre constate l'absence de témoignage d'expert suggérant que la dépendance au Percocet[MD] fait disparaître les inhibitions ou la maîtrise de soi, ce qui aurait conduit le plaignant à agir ainsi pour se procurer le médicament par des moyens frauduleux. L'arbitre conclut qu'« en l'absence de facteurs atténuants plausibles expliquant la conduite du plaignant, il ne voit aucune raison valable d'infirmer la décision de l'employeur de le congédier ».

Titre	***Durham (Regional Municipality) v. Canadian Union of Public Employees, Local 1764* (grief McComb)**
Référence	[2010] OLAA nº 656
Tribunal	Ontario Labour Arbitration
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND negligence ou negligent [ambulancier paramédical! ET négligence ou négligent]
Consultation	13 juillet 2011
Pertinence	Un employeur peut-il imposer une nouvelle exigence aux ambulanciers paramédicaux et, le cas échéant, cette exigence est-elle raisonnable?
Résumé	Deux employés, des ambulanciers paramédicaux, déposent un grief contre leur employeur, alléguant qu'il leur a abusivement refusé le droit de reprendre le travail à la suite de leur congé, contrevenant ainsi à la convention collective et au *Code des droits de la personne* de l'Ontario. L'employeur met en œuvre une nouvelle exigence selon laquelle les ambulanciers paramédicaux doivent démontrer physiquement leur capacité à faire fonctionner la chaise-civière, une pièce standard, mais rarement utilisée, de l'équipement de transport. Cette décision de l'employeur s'inscrit dans la foulée d'un incident où un ambulancier paramédical s'est cassé la jambe en raison de son utilisation incorrecte de la chaise-civière. Elle fait suite à la recommandation d'un inspecteur du ministère du Travail voulant que l'employeur donne des formations et vérifie les compétences à une fréquence raisonnable. La question en l'espèce consiste à savoir si l'employeur est en droit d'exiger des ambulanciers paramédicaux qu'ils subissent cet examen physique, et, le cas échéant, si l'examen retenu par l'employeur est raisonnable. L'examen consiste à lever une chaise-civière sur laquelle se trouve un mannequin d'un certain poids, de haut en bas, sur deux volées d'escaliers, selon six scénarios. En ce qui concerne la question de savoir si l'employeur est en droit d'exiger des ambulanciers paramédicaux qu'ils subissent cet examen physique, l'arbitre souligne que l'employeur a le droit d'appliquer un processus d'examen plus rigoureux que dans le passé, rien dans la convention collective ne limitant la capacité de l'employeur en ce sens. En outre, les motifs invoqués par l'employeur pour l'adoption de ce nouvel examen sont directement liés aux responsabilités, aux pouvoirs et aux fonctions que la loi lui confère. Par conséquent, l'arbitre considère que le litige porte principalement sur le caractère raisonnable de l'examen. Selon la jurisprudence, pour qu'un examen soit jugé raisonnable, il doit répondre aux normes de fiabilité, de validité, de pertinence et d'équité. (Voir *Re Eastern Provincial Airways* et *Re Riverdale Hospital*.) L'arbitre juge l'examen fiable et valide, en ce qu'il permet de déterminer avec certitude si un employé est capable d'utiliser la chaise-civière. Tout en acceptant l'argument du syndicat voulant que jamais un ambulancier paramédical n'aurait à subir tous les scénarios en même temps comme dans l'examen, le Tribunal conclut néanmoins que l'examen est pertinent pour le travail réel des ambulanciers paramédicaux en service, la preuve ayant établi que n'importe quel ambulancier paramédical peut être confronté à l'un des scénarios de l'examen, ce qui rend chacun de ces scénarios pertinents. Par conséquent, l'examen satisfait au critère de pertinence. L'arbitre juge que l'examen est juste, puisque les employés savent exactement ce qu'on attend d'eux, comprennent le critère d'évaluation, et que l'examen est imposé à tous les

	employés, dans les mêmes conditions et par le même groupe d'instructeurs. En raison du caractère raisonnable de l'examen, l'arbitre rejette les griefs.

Titre	***McMillan v. The Corporation of the City of Sarnia et al.***
Référence	**2011 ONSC 5254**
Cour	Cour supérieure de justice de l'Ontario
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]
Consultation	9 octobre 2012
Pertinence	Deux ambulanciers paramédicaux sont poursuivis pour négligence dans le traitement d'un patient.
Résumé	Dans le cadre de son emploi, le demandeur est impliqué dans un accident d'automobile qui le laisse coincé dans son véhicule. Les membres du service d'incendie de Sarnia découpent la cabine du camion et retirent le camionneur du véhicule. À ce moment, il est placé sur une civière, et le personnel médical d'urgence entreprend de le soigner. Le demandeur allègue que les pompiers ont fait preuve de négligence lorsqu'ils l'ont retiré de son camion, l'effondrement de la cabine ayant entraîné l'écrasement de ses jambes. Le demandeur poursuit également Todd Martin et Jessica Maitland, les ambulanciers paramédicaux sur les lieux, pour avoir fait preuve de négligence en le traitant après son extraction de la cabine. Le demandeur allègue que ses blessures physiques et psychologiques ont été aggravées par la négligence des ambulanciers paramédicaux. Les défendeurs, The Corporation of the Town of Lambton, The County of Lambton Emergency Medical Services, Todd Martin et Jessica Maitland, demandent une ordonnance de rejet sommaire de la poursuite au motif qu'elle est proscrite par l'article 28 de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, L.O. 1997 ch. 16, Annexe A. L'article 28 de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* prévoit qu'un travailleur employé par un employeur mentionné à l'annexe 1 qui subit une blessure donnant droit à des prestations en vertu de la Loi ne peut pas intenter une poursuite contre un employeur mentionné à l'annexe 1 ou un travailleur employé par un employeur mentionné à l'annexe 1. Comme l'accident s'est produit dans le cadre de son emploi auprès d'un employeur de l'annexe 1, la Cour juge que le demandeur n'a aucune cause d'action contre The Corporation of the Town of Lambton, The County of Lambton Emergency Medical Services, Todd Martin et Jessica Maitland. Par conséquent, la Cour rejette la poursuite du demandeur.

Titre	***Chasczewski v. 528089 Ontario Inc.***
Référence	**2012 ONCA 97**
Cour	Cour d'appel de l'Ontario
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND negligence or negligent [ambulancier paramédical! ET négligence ou négligent]
Consultation	9 octobre 2012
Pertinence	Deux ambulanciers paramédicaux sont poursuivis pour négligence dans le traitement d'un patient.

Résumé	Frank Webster et Robert Werner, deux ambulanciers paramédicaux du service d'ambulance de Whitby, répondent à un appel au 9-1-1 : une femme (M^{me} Chasczewski) s'étouffe et ne réagit plus. Ils arrivent promptement au domicile de M^{me} Chasczewski, mais y demeurent au moins 12 minutes avant de la transporter au service des urgences de l'hôpital local de Whitby. M^{me} Chasczewski fait un arrêt cardiaque alors qu'elle se trouve dans l'ambulance et ne peut être réanimée. Sa mort est constatée à l'hôpital. La famille Chasczewski poursuit les deux ambulanciers, le service d'ambulance et son propriétaire, William Cocker, pour négligence. Les demandeurs allèguent que les ambulanciers paramédicaux ont fait preuve de négligence en ne transportant pas M^{me} Chasczewski à l'hôpital assez rapidement et que, s'ils l'avaient fait, elle aurait survécu. Leur requête en jugement sommaire pour rejeter la poursuite est accueillie. Le juge de première instance a conclu à l'absence de question litigieuse : même si les ambulanciers paramédicaux avaient failli à la norme de soins, la mort de M^{me} Chasczewski n'aurait pu être évitée (c'est-à-dire que leur négligence n'a pas causé la mort de M^{me} Chasczewski). Les demandeurs appellent du jugement sommaire ayant rejeté leur poursuite. La Cour d'appel conclut que le juge de première instance a erré en se fondant sur le témoignage des experts des défendeurs, qui ne portait pas sur la théorie des demandeurs. La Cour est d'avis qu'un procès doit être tenu pour évaluer pleinement la preuve sur la question de la causalité. Par conséquent, la Cour d'appel accueille l'appel et annule le jugement sommaire rendu par le juge de première instance.

Titre	***R. v. Lauzon***
Référence	**2011 ONSC 7179**
Cour	Cour supérieure de justice de l'Ontario
Source	Quicklaw
Termes de recherche	paramedic! AND misconduct [ambulancier paramédical! ET inconduite]
Consultation	9 octobre 2012
Pertinence	Requête découlant d'allégations selon lesquelles un ambulancier paramédical aurait agressé sexuellement une patiente dans une ambulance pendant son transport vers l'hôpital.
Résumé	Cette affaire concerne une requête de Jean Lauzon visant la radiation de déclarations faites au Service de police d'Ottawa et au Service paramédic d'Ottawa (SPO) en raison de leur caractère involontaire et inadmissible. Plus précisément, M. Lauzon demande que soient déclarés irrecevables en preuve le rapport d'incident obligatoire qu'il a remis au SPO selon la *Loi sur les ambulances* et sa déclaration au Service de police, enregistrée sur bande vidéo, du 21 juin 2009. M. Lauzon, un ambulancier paramédical, reçoit un appel l'informant qu'une femme, la plaignante, est victime d'un arrêt cardiaque. Celle-ci allègue que M. Lauzon l'a agressée sexuellement en la soignant dans l'ambulance, pendant le trajet vers l'hôpital. À son arrivée à l'hôpital, la plaignante raconte les faits allégués à deux infirmières. On demande alors à M. Lauzon de remplir un rapport d'incident. Six heures plus tard, après avoir été informé de ses droits et avoir reçu les conseils d'un avocat, M. Lauzon présente au Service de police sa version des faits, déclaration enregistrée sur bande vidéo. La Cour juge que le rapport d'incident est vicié et le déclare irrecevable. Toutefois, la Cour considère que la déclaration sur bande vidéo n'est pas viciée par les caractéristiques qui font que le rapport d'incident est irrecevable. Par conséquent, la Cour conclut à la recevabilité de la déclaration sur bande vidéo.

Saskatchewan

Titre	***Boos v. Regina (Police Commission)***
Référence	[2006] SJ nº 240
Cour	Cour du Banc de la Reine de la Saskatchewan
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]
Consultation	8 juillet 2011
Pertinence	Cette affaire concerne les répercussions du congédiement d'un ambulancier paramédical au motif de son affiliation avec les Hells Angels.
Résumé	Les défendeurs, le Regina Board of Police Commissioners et le chef adjoint de la police, présentent une requête en radiation de la déclaration de Boos, employé à titre de praticien en soins primaires par la Regina Qu'Appelle Regional Health Authority (l'« autorité de la santé »). L'autorité de la santé apprend que Boos est associé au groupe de motards Hells Angels et obtient de l'information sur les Hells Angels auprès du chef adjoint de la police. Le chef se dit préoccupé par cette relation, car il craint que Boos ne soigne pas correctement les policiers blessés. L'autorité de la santé met alors fin à l'emploi de Boos après le refus de ce dernier de rompre les liens avec l'organisation. Boos poursuit les défendeurs pour avoir provoqué la rupture de son contrat de travail. Les défendeurs prétendent que la résiliation du contrat de travail de Boos est régie par sa convention collective et ne relève pas de la compétence de la Cour. La Cour accueille la demande et déclare la poursuite irrecevable au motif que l'action concerne sans équivoque la cessation de la relation de travail et est régie par la procédure de règlement des griefs de la convention collective et le processus d'arbitrage selon la *Trade Union Act* (loi sur les syndicats). Il s'agit des seuls recours accessibles à un employé qui perd son emploi, et, par conséquent, la Cour n'a pas compétence en la matière.

Terre-Neuve-et-Labrador

Titre	***R. v. Carey***
Référence	**[2012] NJ nº 237**
Cour	Cour provinciale de Terre-Neuve-et-Labrador
Source	Quicklaw
Termes de recherche	emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]
Consultation	9 octobre 2012
Pertinence	Un ambulancier est accusé d'agression sexuelle sur une collègue.

Résumé	M. Carey, ambulancier paramédical, est accusé d'agression sexuelle sur une collègue, M^me^ K, conductrice d'ambulance et assistante des ambulanciers paramédicaux. Selon le témoignage de M^me^ K, elle et M. Carey arrêtent l'ambulance pour fumer une cigarette. À ce moment, elle lui mentionne éprouver de la difficulté à respirer. M. Carey l'ausculte (poitrine et dos) avec un stéthoscope. Aux dires de M^me^ K, ils remontent dans l'ambulance et reprennent la route. Ces événements sont confirmés par le témoignage de M. Carey. M^me^ K affirme qu'alors que le véhicule est en marche, M. Carey lui dit qu'il va se ranger sur le côté de la route pour vérifier sa respiration de nouveau. Selon M^me^ K, l'examen de M. Carey prend cette fois une tournure sexuelle. Plus précisément, M^me^ K prétend que M. Carey a déboutonné son chemisier, lui a fait des attouchements sexuels et des remarques à caractère sexuel, a pris sa main et l'a portée à son pénis. M. Carey nie ces allégations et affirme avoir garé l'ambulance sur l'accotement une seconde fois pour discuter avec M^me^ K de son mauvais rendement au travail et que rien de sexuel ne s'est produit. La Cour juge qu'il n'y a aucun fondement logique pour rejeter le témoignage de M. Carey, sa description de ce qui s'est passé à la gravière ne présentant pas d'éléments absurdes, illogiques ni avérés faux. Par conséquent, la Cour conclut que la Couronne n'a pas réussi à prouver hors de tout doute raisonnable que M. Carey a agressé sexuellement M^me^ K et acquitte M. Carey de l'accusation d'agression sexuelle.

Annexe A : Description des bases de données

Quicklaw, de LexisNexis

Quicklaw, de LexisNexis, offre une collection de bases de données qui donnent accès, notamment, à la jurisprudence de toutes les juridictions canadiennes, aux décisions des tribunaux administratifs, aux lois et à des commentaires juridiques sous la forme de textes, de revues, de bulletins et d'index. En plus des documents canadiens, Quicklaw comprend la jurisprudence et les lois des États-Unis, ainsi que certains jugements du Royaume-Uni et du Commonwealth. Les décisions sont offertes sous forme de résumé ou en texte intégral. Il peut s'agir de la version électronique de recueils de jurisprudence imprimés (par exemple le *Recueil de jurisprudence de l'Ontario*) ou encore de jugements récents inédits[2], reçus directement des tribunaux.

[2] Le texte intégral des jugements inédits des tribunaux du Canada peut être consulté dans la source « Jurisprudence de toutes les juridictions canadiennes ». (Information sur les sources de Quicklaw)

Annexe B : Résultats de la recherche

Le tableau ci-dessous contient la liste des termes de recherche utilisés pour chaque province, le nombre de résultats de recherche obtenus, le nombre de causes pertinentes ainsi que le nom et une description de ces causes. Les causes surlignées en vert font l'objet d'un résumé plus complet et sont incluses dans la section Résumé des causes pertinentes. Les causes en rouge ont été exclues de l'examen. Soulignons qu'afin d'éviter la redondance, chaque recherche a été faite avec les mots-clés « AND NOT » [ET NON] suivis des mots-clés de la recherche précédente. Par ailleurs, « (sous) » indique que la recherche est complémentaire à la recherche précédente.

ALBERTA – Recherche du 8 juillet 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	1	0		
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	15	1		
			Edmonton (City) v. Canadian Union of Public Employees, Local 3197 (grief Sagstuen) [2007] AGAA nº 68	Congédiement pour avoir omis d'indiquer les employeurs précédents dans une demande d'emploi
ambulance attendant! [ambulancier!]	77	2		
			Calgary (City) v. Canadian Union of Public Employees, Local 3421 (grief Gee) [2001] AGAA nº 72	Mort causée par la non-réalisation d'une évaluation médicale
			Shackleton v. Knittle 1999 ABQB 539	Allégation de négligence d'un ambulancier paramédical dans ses instructions au patient
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	53	4		
			Calgary (City) v. Paradernic X [1995] AJ nº 1224	Pouvoir d'un directeur médical d'empêcher un ambulancier paramédical de donner des soins aux patients, sans égard à la décision de l'employeur ou de l'organisme de réglementation voulant que l'ambulancier paramédical soit compétent
			Calgary (City) v. Paradernic X [1999] 3 WWR 509	Appel de l'affaire de 1995
			Edmonton (City) v. Canadian Union of Public Employees, Local 3197 (grief Sagstuen) [2007] AGAA nº 69	Supplément à l'autre grief Sagstuen (ci-dessus) – mesure corrective
			Peace Regional Emergency Medical Services Society v. Health Sciences Assn. of Alberta (grief Wilson)	Un ambulancier paramédical est soupçonné d'avoir eu des contacts physiques inappropriés avec des patients

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
			[2003] AGAA nº 67	
paramedic! [ambulancier paramédical!]	375			
(sous) - misconduct [inconduite]	35	1		
			Brooks Health Centre v. Health Sciences Assn. of Alberta (grief Mytrunec) [1995] AGAA nº 50	Congédiement pour harcèlement et violence verbale à l'endroit d'une collègue
(sous) negligence or negligent [négligence ou négligent]	58	2		
			Calgary (City) v. Canadian Union of Public Employees, Local 3421 (grief Mackenzie) [2005] AGAA nº 89	Grief relatif à une suspension excessive pour accident d'ambulance (hors service, sans patient)
			R. v. Burns [1993] AJ nº 998	Poursuite criminelle contre une personne ayant présenté de faux titres et qualités pour obtenir divers postes et qui pourrait avoir montré aux ambulanciers paramédicaux à exécuter des actes de façon incorrecte
(sous) incompetence or incompetent [incompétence ou incompétent]	3	0		

COLOMBIE-BRITANNIQUE - Recherche du 11 juillet 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	14	9		
			British Columbia Ambulance Service v. Ambulance Paramedics of British Columbia (grief Snider) [2003] BCCAAA nº 69	Grief concernant une suspension imposée en raison de la violence verbale alléguée à l'endroit d'une patiente
			Emergency Health Services Commission and *Ambulance Paramedics of British Columbia, CUPE Local 873* [1997] BCCAAA nº 752	Tricherie présumée à un examen lié à l'emploi
			Emergency Health Services Commission and *Ambulance Paramedics of British Columbia* (grief Bryant) [1999] BCCAAA nº 191	Grief concernant un congédiement pour intimidation en milieu de travail

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
			Emergency Health Services Commission v. Ambulance Paramedics of British Columbia, Canadian Union of Public Employees, Local 873 (grief Dunbar) [1986] BCCAAA nº 172	Grief concernant un congédiement pour la perpétration de crimes hors service
			Emergency Health Services Commission v. Ambulance Paramedics of British Columbia, Canadian Union of Public Employees, Local 873 (grief Falkoski) [2001] BCCAAA nº 139	Grief relatif à un congédiement pour falsification alléguée de fiches de présence
			Emergency Health Services Commission v. Ambulance Paramedics of British Columbia (grief Janas) [2003] BCCAAA nº 365	Grief relatif à un congédiement pour avoir, entre autres, ignoré des appels
			Emergency Health Services Commission v. C.U.P.E., Local 873 [1987] BCCAAA nº 342	Mesures disciplinaires appropriées pour un ambulancier paramédical n'ayant pas donné un niveau de soins suffisant
			Re Emergency Health Services Commission v. Ambulance Paramedics of British Columbia, CUPE Local 873 [1987] BCCAAA nº 391	Grief concernant un congédiement pour la perpétration de crimes hors service
			Re Taylor [1999] BCLRBD nº 57	Recours contre un syndicat pour ne pas avoir correctement représenté un membre dans le grief ci-dessus relatif à la tricherie présumée à un examen
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	10	0		
ambulance attendant! [ambulancier!]	608			
(sous) - misconduct [inconduite]	35	6		
			Edgar v. Richmond (Township) [1991] BCJ nº 598	Allégation de négligence des ambulanciers paramédicaux pour avoir attendu la police avant d'entrer dans un lieu hostile
			Re Emergency Health Services Commission v. C.U.P.E., Local 873 [1988] BCCAAA nº 27	Congédiement d'un ambulancier paramédical à la suite d'une déclaration de culpabilité pour agression sexuelle lors d'un incident s'étant produit hors service
			Emergency Health Services Commission v. Ambulance Paramedics of British Columbia, Canadian Union of Public Employees, Local 873 (grief Lalli) [1986] BCCAAA nº 86	Grief relatif à une réprimande pour prestation de soins inférieure à la norme requise
			Emergency Health Services Commission v. Ambulance Paramedics of British Columbia, CUPE Local 873 [1993] BCCAAA nº 347	Congédiement relatif à des allégations d'avoir falsifié des fiches de présence
			R. v. Husereau [2009] BCJ nº 571	Question de droit criminel relative à l'agression sexuelle d'un patient par un ambulancier paramédical
			R. v. M.E.H. [2009] BCJ nº 2053	Question de droit criminel relative à l'agression sexuelle d'un patient par un ambulancier paramédical
(sous) negligence or negligent	251			

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
[négligence ou négligent]				
(sous) (sous) - dismissal or dismiss [congédiement ou congédier]	48	0		
(sous) (sous) - terminate or dismiss [renvoyer ou congédier]	6	0		
(sous) (sous) - "standard of care" ["norme de soins"]	55			
(sous) (sous) (sous) - professional or profession [professionnel ou profession]	21	1		
			Davidson v. British Columbia [1996] 3 WWR 137	Allégation de négligence contre les ambulanciers paramédicaux pour des soins inférieurs à la norme
(sous) incompetence or incompetent [incompétence ou incompétent]	6	0		
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	3	0		
paramedic! [ambulancier paramédical!]	771			
(sous) - misconduct [inconduite]	63	2		
			Daley v. Emergency and Health Services Commission [2008] BCHRTD n° 63	Allégations de discrimination sur la base de l'incapacité, mais avec mention de mesures disciplinaires à l'endroit du même ambulancier paramédical pour sa conduite envers un patient (l'ambulancier paramédical ne conteste pas la conduite ni les mesures disciplinaires)
			Emergency Health Services Commission and Ambulance Paramedics of British Columbia, CUPE Local 873 (grief Belway) [1998] BCCAAA n° 250	Grief contre les mesures disciplinaires imposées à un ambulancier paramédical pour avoir menti au répartiteur sur l'état de santé du patient
(sous) negligence or negligent [négligence ou négligent]	112			
(sous) (sous) - terminate or dismiss [renvoyer ou congédier]	14	0		
(sous) (sous) - dismissal [congédiement]	8	0		
(sous) (sous) - "standard of care" ["norme de soins"]	30	1		
			Battrum v. British Columbia [2009] BCJ n° 1074	Allégation de négligence contre un ambulancier paramédical pour avoir donné des soins inférieurs à la norme acceptable
(sous) incompetence or incompetent [incompétence ou incompétent]	8	0		

MANITOBA – Recherche du 17 juin 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	**Résultats**		
ambulance attendant! [ambulancier!]	67	1		
			Bodnarek v. Health Sciences Centre [2004] MJ n° 401	Négligence alléguée des ambulanciers pour ne pas avoir bien évalué la nature des blessures de la patiente et de ne pas l'avoir conduite à l'hôpital, ce qui a provoqué d'autres préjudices
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	3	0		
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	1	0		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	2	0		
paramedic! [ambulancier paramédical!]	364			
(sous) – misconduct [inconduite]	17	1		
			Manitoba Government and General Employees' Union v. Interlake Regional Health Authority (grief Cadger) [2005] MGAD n° 80	Grief contre une suspension jugée trop sévère, imposée pour un présumé incident de harcèlement au travail (à l'endroit d'une collègue)
(sous) – risk [risque]	78	1		
			Re Harder Estate [2003] MJ n° 315	Enquête visant à déterminer les circonstances entourant la mort de la jeune Harder, âgée de 5 ans, et ce qui peut être fait pour empêcher que de tels cas se reproduisent; les ambulanciers médicaux arrivés sur les lieux n'avaient pas une accréditation assez élevée pour administrer les médicaments nécessaires

NOUVEAU-BRUNSWICK – Recherche du 17 juin 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	**Résultats**		
ambulance attendant! [ambulancier!]	56	5		
			Beal v. Grant [1983] NBJ n° 85	Action pour congédiement injustifié : l'employeur a congédié l'ambulancier paramédical pour ne pas s'être présenté au travail; celui-ci prétend qu'il s'agit d'un simple malentendu sur la date de ses vacances

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
			Beal v. Grant [1984] NBJ nº 77	Appel de la décision ci-dessus
			New Brunswick (Board of Management) v. Canadian Union of Public Employees, Local 1252 [1990] NBPSLRD nº 4	L'employeur allègue que les ambulanciers étaient en grève illégale; les ambulanciers répondaient toujours aux appels d'urgence, mais refusaient de s'acquitter de leurs fonctions de « préposés » (tâches à l'hôpital, comme assistance au personnel infirmier à l'urgence)
			Price v. St. John Ambulance, New Brunswick Council [1997] NBJ nº 169	Requête en annulation de la décision d'Ambulance Saint-Jean d'expulser Price du cours d'ambulancier en raison d'allégations de tricherie à un examen
			R. v. Léger [1999] NBJ nº 43	Appel d'une déclaration de culpabilité pour agression sexuelle; l'accusation fait suite à la plainte d'une patiente voulant que l'ambulancier paramédical (Léger) lui ait fait des attouchements sexuels pendant son transport à l'hôpital à la suite d'un accident
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	0			
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	1	1		
			Canadian Union of Public Employees, Local 1252 v. Atlantic Health Sciences Corp. (grief Mesereau) [2009] NBLAA nº 11	Grief selon lequel un poste aurait dû être attribué au plaignant en raison de son ancienneté; le poste n'a pas été offert au plaignant parce qu'il lui manquait certaines compétences requises (cours particuliers); grief rejeté : les exigences associées aux compétences pour le poste sont raisonnables
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	16	2		
			Canadian Union of Public Employees, Local 1252 v. Region 7 Hospital Corp. (grief Butler) [2000] NBLAA nº 20	Grief contre un congédiement au motif que l'ambulancier paramédical a répondu à un appel au lendemain de son anniversaire, avec une haleine sentant l'alcool
			Harnish v. Region 3 Hospital Corp. [1997] NBLAA nº 10	Grief contre un congédiement pour défaut d'avoir avisé l'employeur d'une absence prévue
paramedic! [ambulancier paramédical!]	68	0		

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR – Recherche du 17 juin 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
paramedic! [ambulancier paramédical!]	34	0		
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	0			
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	2	0		
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	1	0		
ambulance attendant! [ambulancier!]	41	0		

NOUVELLE-ÉCOSSE – Recherche du 17 juin 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
paramedic! [ambulancier paramédical!]	74	1		
			Children's Aid Society of Halifax v. S.G. [2000] NSJ nº 291	Demande de la garde d'un enfant après le retrait de l'enfant du domicile en raison de mauvais traitements; les parents répondent aux allégations de mauvais traitements en suggérant que les ambulanciers paramédicaux ont meurtri le bébé pendant son transport à l'hôpital; la preuve de fond rend cette suggestion difficile à croire
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	6	0		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	2	0		
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	2	0		
ambulance attendant! [ambulancier!]	54	1		
			Mahon v. Nova Scotia (Attorney General) [1986] NSJ nº 65	Un ambulancier poursuit le conducteur d'un véhicule pour avoir provoqué un accident de voiture dans lequel l'ambulancier a été blessé; même si le conducteur de l'ambulance respectait le code de la route et que le demandeur était ivre, l'ambulancier aurait dû le voir venir et est donc coupable de négligence contributive à 25 %; 75 %

				des dommages-intérêts sont accordés à l'ambulancier

ONTARIO – Recherche du 13 juillet 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	**Résultats**		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	32	9		
			Re *Kingston Ambulance Service* and *O.E.S.E.U., Local 62* [1992] OLAA nº 49	Grief de deux ambulanciers à la suite d'un ordre de la direction d'éponger le couloir du poste d'ambulance
			Mattick, as Executor of the Estate of James Mattick et al. v. Her Majesty the Queen in Right of Ontario as represented by the Minister of Health et al. [Répertorié : *Mattick Estate v. Ontario (Minister of Health)* [2001] OJ nº 21	Appel d'une requête en irrecevabilité relative à une affaire où il est allégué que des ambulanciers paramédicaux ont rendu des soins inférieurs à la norme à un patient
			North Bay General Hospital v. Canadian Union of Public Employees, Local 139 (grief Cameron) [1997] OLAA nº 321	Grief concernant un ambulancier paramédical congédié à la suite d'une déclaration de culpabilité pour fraude dans des infractions commises hors service
			North Bay General Hospital v. Canadian Union of Public Employees, Local 139 (grief Kotsopoulos) [2003] OLAA nº 580	Grief d'un ambulancier paramédical contre sa suspension pour avoir refusé de se conformer à l'obligation légale de se faire vacciner
			Re Huntsville District Hospital and S.E.I.U. [1992] OLAA nº 611	Question préliminaire à savoir si un hôpital peut invoquer l'absentéisme dans le cas du congédiement de l'ambulancier paramédical, congédié à l'origine pour une déclaration de culpabilité pour agression sexuelle; l'incident concerne des actions commises à l'endroit de ses collègues
			Re Kitchener Waterloo Regional Ambulance (1987) Inc. and C.U.P.E., Local 791 [1993] OLAA nº 833	Grief contre un congédiement relatif à un comportement de harcèlement et de discrimination à l'endroit d'une collègue
			Re York County Hospital and S.E.I.U., Local 204 [1992] OLAA nº 1307	Affaire sur le caractère approprié du congédiement d'un ambulancier paramédical pour s'être présenté au travail en état d'ébriété
			Scheerer v. Waldbillig [2006] OJ nº 744	Contrôle judiciaire de la décision de révoquer l'accréditation d'une ambulancière paramédicale à la suite de nombreuses plaintes de patients
			Sensenbrenner Hospital, Kapuskasing v. Service Employees International Union, Local 204 (grief Mercier) [2002] OLAA nº 602	Grief contre un congédiement pour ne pas satisfaire aux exigences visant un ambulancier paramédical après avoir raté son examen de classement
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	2	0		
ambulance attendant! [ambulancier!]	795			
(sous) – misconduct [inconduite]	60	8		

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
			Re Hanover & District Hosp. and London & District Service Workers' Union, Local 220 [1987] OLAA nº 98	Grief pour congédiement injustifié; un ambulancier paramédical est congédié pour ne pas avoir accompli convenablement les tâches relatives au volet soins infirmiers de ses fonctions (à l'hôpital); principalement, on allègue son problème d'attitude et le fait qu'il fuit les tâches de soins infirmiers à la moindre occasion, encourageant ses collègues à faire de même
			Re Metropolitan Toronto (Municipality) and Metropolitan Toronto Civic Employees Union, Local 43 [1988] OLAA nº 112	Affaire mettant en cause un ambulancier congédié pour un vol résultant d'une utilisation abusive des cartes de crédit de la société
			Re Anson General Hospital and S.E.I.U., Local 478 [1996] OLAA nº 1066	Grief pour congédiement injustifié; congédiement motivé par le fait que l'ambulancier paramédical persiste à ne pas se présenter au travail à l'heure prévue
			Re Coburg & District Ambulance Service and Ontario Public Service Employees Union, Local 344 [1985] OLAA nº 86	Grief contre une suspension de deux jours pour violation de la règle qui interdit aux employés de se rendre au travail en motocyclette
			Re Kitchener Waterloo Regional Ambulance and C.U.P.E., Local 791 [1993] OLAA nº 784	Grief contre un congédiement pour allégations de ne pas avoir répondu à un appel et insubordination
			Re Manitouwadge General Hospital and S.E.I.U., Local 268 [1992] OLAA nº 734	Grief contre un congédiement motivé par plusieurs incidents, notamment des cas de soins aux patients inférieurs à la norme
			Re Municipality of Metropolitan Toronto and Canadian Union of Public Employees, Local 43 [1978] OLAA nº 39	Grief contre une suspension de deux jours à la suite d'un incident où un patient n'a pas été correctement surveillé
			Thames Emergency Medical Services Inc. v. Ontario Public Service Employees Union, Local 417 (grief Larocque) [2007] OLAA nº 259	Grief selon lequel la mesure disciplinaire imposée pour menaces et intimidation envers des collègues est injuste
(sous) negligence or negligent [négligence ou négligent]	155			
(sous) (sous) - professional or profession [professionnel ou profession]	57	2		
			Chasczewski Estate v. 528089 Ontario Inc. (c.o.b. Whitby Ambulance Service) [2011] OJ nº 2512	Allégations voulant qu'un ambulancier n'ait pas fourni les soins appropriés
			Thomas v. Hamilton Board of Education [1990] OJ nº 147	Allégations voulant qu'un ambulancier ait été négligent dans le traitement d'un patient
(sous) incompetence or incompetent [incompétence ou incompétent]	7	0		
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	2	0		
paramedic! [ambulancier paramédical!]	1773			
(sous) - misconduct [inconduite]	83	10		
			Canadian Union of Public Employees (Toronto	Contrôle judiciaire de la décision du coroner d'examiner des questions

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
			Civic Employees Union), Local 416 v. Lauwers [2011] OJ nº 2028	de relations de travail comme le droit de grève des ambulanciers paramédicaux et de déterminer si la grève a eu une incidence sur la mort du patient
			Hamilton (City) v. Ontario Public Service Employees Union (grief McCord) [2008] OLAA nº 280	Grief concernant deux suspensions pour envoi d'un courriel inapproprié sur ses préoccupations à l'égard des conditions de travail et pour avoir proféré des jurons, en service, contre des citoyens (conducteurs de véhicule)
			Northumberland County v. Ontario Public Service Employees Union, Local 344 (grief Sterling) [2010] OLAA nº 599	Grief contre une suspension liée à l'envoi d'un courriel (insubordination et mépris) à ses supérieurs
			Re Ontario (5956-MED) [2010] OLATD nº 101	Appel de la décision de suspendre le permis de conduire d'une ambulancière paramédicale en raison d'un problème de toxicomanie; si elle ne retrouve pas son permis, elle ne peut pas travailler comme ambulancière paramédicale
			Ottawa (City) v. Canadian Union of Public Employees (grief Lauzon) [2009] OLAA nº 548	Grief contre la décision d'imposer un congé sans salaire à un ambulancier paramédical en attendant le verdict des accusations criminelles d'agression sexuelle sur une patiente
			Ottawa (City) v. Canadian Union of Public Employees (grief Lauzon) [2009] OLAA nº 560	Ordonnance provisoire pour l'affaire ci-dessus
			Calgary (City) v. Canadian Union of Public Employees, Local 503 (grief Beland) [2011] OLAA nº 89	L'employé, un ambulancier paramédical, dépose un grief, alléguant avoir été congédié sans motif valable pour présentation incomplète et non-présentation de rapports d'appel d'ambulance et de trousses de quart de travail
			Service Employees International Union Local 1. ON v. Sun Parlour Emergency Services (grief Hettrick) [2009] OLAA nº 27	Grief contre le congédiement d'une ambulancière paramédicale pour avoir déserté son poste de travail pour aller manger avec son mari au restaurant, mettant ainsi la population en danger
			Simcoe (County) Paramedic Services Sector 1 – Ambulance v. Ontario Public Service Employees Union, Local 303 (grief Wright) [2008] OLAA nº 693	Grief contre un congédiement pour avoir omis de fournir une preuve de vaccination en temps opportun
			Thunder Bay (City) v. Canadian Auto Workers, Local 229 (Melnychuk Grievance) [2005] OLAA nº 472	Grief relatif à un congédiement motivé par plusieurs critères, notamment les relations avec les patients, le non-respect des protocoles de sécurité et le vol d'ordonnanciers en vue d'obtenir frauduleusement des médicaments
(sous) negligence or negligent [négligence ou négligent]	93			
(sous) (sous) – professional or profession [professionnel ou profession]	40	0		
(sous) incompetence or incompetent [incompétence ou incompétent]	12	1		
			Durham (Regional Municipality) v. Canadian Union of Public Employees, Local 1764 (grief McComb) [2010] OLAA nº 656	Grief d'un ambulancier paramédical contre le refus de l'employeur de le laisser reprendre le travail après un congé parce qu'il ne satisfait pas à une nouvelle exigence; la nouvelle exigence consiste à réussir

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
				un examen où on doit transporter un mannequin dans une chaise-civière de haut et en bas, sur deux volées d'escaliers et selon six scénarios

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD – Recherche du 17 juin 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
paramedic! [ambulancier paramédical!]	2	0		
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	1	0		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	0			
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	0			
ambulance attendant! [ambulancier!]	2	0		

SASKATCHEWAN – Recherche du 8 juillet 2011

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	0			
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	3	0		
ambulance attendant! [ambulancier!]	49	0		

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	32	5		
			Re Boos [2008] SLRBD nº 15	Poursuite contre le syndicat pour ne pas avoir représenté ce praticien en soins primaires lorsqu'il a été congédié au motif de son association avec les Hells Angels
			Boos v. Regina (Police Commission) [2006] SJ nº 240	Poursuite contre le service de police pour incitation à la rupture de contrat, par la communication à l'autorité de la santé de préoccupations relatives à l'affiliation du demandeur avec les Hells Angels, et de la remise en question de sa capacité à traiter adéquatement les policiers qui pourraient avoir besoin de soins médicaux
			Fox v. Souris Ambulance (1989) Ltd. [1993] 2 WWR 79	Justesse du congédiement d'un ambulancier paramédical au motif qu'il a refusé de suivre les consignes et de transporter un patient à l'hôpital; il refusait de travailler avec l'autre employé dans l'ambulance
			Ratzlaff v. Medstar Ventures Inc. [2006] SJ nº 218	Poursuite pour congédiement injustifié; l'employeur allègue que le congédiement est motivé par un délai d'intervention trop important et l'insubordination; la Cour juge que le seul incident de délai d'intervention trop important ne justifie pas le congédiement
			Service Employees' International Union, Local 299, Applicant, and LifeLine Ambulance Service Ltd., Respondent [1993] SLRBD nº 73	Allégation de congédiement sans motif valable d'un employé en raison de sa participation dans la syndicalisation du personnel; l'employeur prétend que le congédiement est motivé par l'insubordination
paramedic! [ambulancier paramédical!]	36	0		

TOUTES LES JURIDICTIONS – Recherche du 9 octobre 2012 couvrant les 15 derniers mois (du 9 août 2011 au 9 octobre 2012)

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
emergency medical attendant! [préposé en soins médicaux d'urgence!]	2	0		
emergency medical responder! [répondant médical d'urgence!]	3	1	*R. v. Carey* [2012] NJ nº 237	Ambulancier paramédical accusé d'agression sexuelle à l'endroit d'une patiente dans une ambulance en procédant à son examen médical; l'ambulancier paramédical est déclaré non coupable parce

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
				que le témoignage de la plaignante est très incohérent; par conséquent, la Couronne n'a pas réussi à prouver hors de tout doute raisonnable que l'infraction a été commise
ambulance attendant! [ambulancier!]	77	5	*Scoates v. Dermott 2012 BCSC 485*	Poursuite d'un ambulancier paramédical contre trois personnes impliquées avec lui dans un accident de la route; les blessures cumulatives subies dans ces accidents successifs l'ont rendu définitivement invalide et il ne peut plus travailler comme ambulancier paramédical; il a remporté ses poursuites contre les défendeurs, jugés responsables des dommages résultant de ses blessures, notamment la perte de revenu à titre d'ambulancier paramédical
			R. v. Ziegler 2012 BCCA 353	Appel de Ziegler de sa désignation de délinquant dangereux; l'infraction principale est une agression sexuelle commise par Zeigler sur une ambulancière pendant son transport à l'hôpital
			R. v. Dixon 2012 ONSC 3438	Dixon et des associés sont accusés de complot en vue d'importer de la cocaïne et de complot en vue de recycler les produits de leurs crimes, notamment pour leur implication dans un complot visant à introduire clandestinement 30 kg de cocaïne dans une ambulance aérienne (évacuation sanitaire) transportant des patients canadiens du Panama au Canada; les ambulanciers paramédicaux n'ont pas été accusés de complot, les faits semblant indiquer qu'ils n'étaient pas au courant du plan; c'est le pilote qui était impliqué dans la conspiration avec les personnes inculpées
			Décision nº 2329/10 2012 ONWSIAT 1287	Un ambulancier paramédical présent à un festival local et qui n'est pas en service voit une personne s'effondrer; il lui porte secours; à l'arrivée de l'ambulance, il aide les ambulanciers à soigner le patient et, ce faisant, se blesse au bras; on lui refuse une indemnité pour accident de travail parce qu'il n'agissait pas dans le cadre de son emploi au moment de l'incident; cette affaire est l'appel de l'ambulancier paramédical de la décision de lui refuser une indemnité pour accident de travail
			Bauer v. Toronto (City) 2011 HRTO 1628	Bauer, ambulancier, traverse le piquet de grève pendant son quart de travail alors que son syndicat est en grève, croyant que sa décision restera confidentielle; cependant, d'autres membres du syndicat l'apprennent, et Bauer affirme être victime de harcèlement et faire l'objet de représailles pour sa non-participation à la grève, alléguant avoir été victime de discrimination sur la base de sa croyance parce que sa décision de traverser le piquet de grève est motivée par sa foi chrétienne (c'est-à-dire que sa foi l'empêche de refuser de donner des soins médicaux pour un gain financier); la Cour rejette l'affirmation de Bauer voulant qu'il ait franchi le piquet de grève en raison de sa croyance et, sur cette base, conclut que le *Code des droits de la personne* ne s'applique pas; par conséquent,

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
				sa requête est rejetée
emergency medical technician! [praticien en soins primaires!]	9	1	*McMillan v. Sarnia (City)* 2011 ONSC 5254	Le demandeur a été impliqué dans un grave accident de voiture et allègue que la négligence des défendeurs a aggravé ses blessures physiques et psychologiques; plus précisément, il allègue qu'un pompier a fait preuve de négligence au moment de l'extraire de la cabine de son camion, et que les ambulanciers paramédicaux ont fait preuve de négligence lorsqu'ils lui ont prodigué des soins après son extraction
paramedic! [ambulancier paramédical!]	401			
(sous) - misconduct [inconduite]	39	3	*R. v. Lauzon* 2011 ONSC 7179	M. Lauzon, ambulancier paramédical, présente une requête pour que ses déclarations au Service de police d'Ottawa et au Service paramédic d'Ottawa soient déclarées non volontaires et inadmissibles, relativement à l'accusation de M. Lauzon pour agression sexuelle à l'endroit d'une patiente pendant son transport à l'hôpital
			R. v. West Parry Sound Health Centre 2012L ONCJ 361	Un centre de santé est accusé d'infractions liées à la sécurité au travail, le directeur des services médicaux d'urgence du centre étant tombé et ayant subi des blessures en montant dans une échelle à l'extérieur de la base d'ambulance; le centre de santé est accusé de ne pas s'être assuré que l'échelle portative reposait sur une base solide, comme le veut le Règlement 851, et d'avoir omis de fournir les renseignements et la supervision nécessaires au gestionnaire relativement au bon usage d'une échelle
			Pak v. Toronto (City) 2011 HRTO 2281	Les requérants, des ambulanciers paramédicaux, allèguent avoir fait l'objet de discrimination et de représailles dans leur emploi, notamment en ce qui concerne les politiques en matière d'uniforme de leur employeur et leurs efforts pour s'entendre à ce sujet; cette affaire visait à déterminer si les deux affaires devaient être entendues ensemble
(sous) - negligence or negligent [négligence ou négligent]	42	3	***Lambton (County)*** [2012] OLRD nº 112 et [2012] OLRD nº 2434	Cette affaire concerne les allégations de M. Ataellahi à l'endroit de son syndicat, voulant que son syndicat ne l'ait pas représenté dans un grief, qu'il ait mal traité son appel d'une décision du syndicat de ne pas poursuivre son grief, et, en général, que le syndicat ne respecte pas ses statuts et ne représente pas ses membres; toutes ces questions découlent du refus de M. Ataellahi de se faire vacciner contre la grippe ou de prendre des médicaments antiviraux et l'affirmation de son employeur voulant que M. Ataellahi ne puisse pas conduire une ambulance en raison de ces refus; l'employeur applique la politique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui prévoit que lors d'une épidémie de maladie transmissible, comme la grippe, aucun ambulancier paramédical non vacciné n'est autorisé à répondre à une demande d'ambulance; l'une des affaires citées concerne la

Recherche	Total	Causes pertinentes	Nom de la cause	Description de la cause
	Résultats	Résultats		
				requête du syndicat de rejeter sommairement l'action de M. Ataellahi, tandis que l'autre concerne le règlement de cette question dans son intégralité
			Chasczewski Estate v. 528089 Ontario Inc. (c.o.b. Whitby Ambulance Service) 2012 ONCA 97	Appel des demandeurs contre un jugement sommaire ayant rejeté leur poursuite contre deux ambulanciers pour négligence
(sous) - incompetence or incompetent [incompétence ou incompétent]	2	0		

SECTION IV

Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées:

Analyse de la Documentation – Partie I

Table des matières
Analyse de la Documentation Partie I

Objectifs.....page 2

Méthodes de collecte des études et publications.....page 2

Résumé des principales constatations de cet examen.....page 2

Description des constatations.....page 3

Annexe

Tableau 1: Description du contenu des articles ayant fait l'object d'un résumé.....page 12

Examen de la documentation sur la sécurité des patients et les fournisseurs SMU non-médecins

UNITÉ DE LA PLANIFICATION – PRODUIT # 274

Prépare par l'Unité de la planification
Direction de la planification, de la recherche et de l'analyse
Division de la stratégie et des politiques du système de sante
Ministère de la Sante et des Soins de longue durée
Novembre 2012

Veilliez noter que cet examen de la documentation n'est pas exhaustif en ne se veut qu'un résume de l'information tirée de différentes sources. De plus, cet examen ne reflète ni les objectifs ni la position en matière de politique du ministère de la Sante et des Soins de longue durée. Si vous faites référence a une publication mentionnée dans ces pages, veuillez citer la source originale et non pas notre recherche documentaire.

OBJECTIFS

Les objectifs du demandeur étaient d'étudier des données probantes relatives à la sécurité des patients ainsi qu'aux ambulanciers paramédicaux et aux auxiliaires médicaux d'urgence.

MÉTHODES DE COLLECTE DES ÉTUDES ET PUBLICATIONS

Nous nous sommes servis de la base de données électronique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, de la base de données PubMed et de Google Scholar pour colliger les articles révisés par des pairs et les articles de synthèse. De plus, nous avons consulté Google et des sites Web gouvernementaux pertinents pour découvrir la littérature grise sur le sujet. Comme nous avons limité nos recherches aux sources anglophones, il se pourrait que notre examen de la documentation ne soit pas pleinement représentatif des initiatives dans les pays non anglophones.

Nous avons utilisé les vedettes-matières « services médicaux d'urgence », « techniciens médicaux des services d'urgence », « sécurité des patients », « risque », « gestion de la sécurité », « sécurité », « réduction des préjudices », « erreurs médicales » et « ambulances » en combinaison avec les mots clés suivants pour faire ressortir les articles et les documents pertinents : « enjeux pour la sécurité des patients », « risque de préjudice », « événements indésirables », « motifs de consultation », « SMU », « soins d'urgence préhospitaliers » et « transitions depuis les services d'urgence ».

Nous avons, au total, colligé 25 références : 5 articles de synthèse, 18 articles originaux parus dans des publications scientifiques revues par des pairs et 2 documents issus de la littérature grise. Nous vous présentons, dans le tableau 1 en annexe, tous les détails relatifs aux sources citées dans le présent examen de la documentation. La recherche et la rédaction de ce rapport ont nécessité l'équivalent d'environ 11 jours de travail (à raison d'une personne pour les 11 jours).

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS DE CET EXAMEN

- Les recherches sur la sécurité des patients dans le contexte des services médicaux d'urgence (SMU) sont lacunaires.
- Plusieurs auteurs ont observé que, par nature, le milieu préhospitalier présente de nombreux défis pour assurer une prise en charge sécuritaire et de haute qualité en situation d'urgence.
    - Les fournisseurs SMU sont soumis à un stress physique et émotionnel, car ils doivent notamment intervenir au plus vite dans des lieux inconnus.
    - L'environnement des SMU n'est pas celui d'un service d'urgence ou d'une unité de soins intensifs (qui assurerait sinon la prise en charge de nombreux patients nécessitant des soins médicaux d'urgence).
- Cet examen a mis en évidence une corrélation entre l'intervention des ambulanciers paramédicaux et plusieurs risques relatifs à la sécurité des patients en milieu préhospitalier, lesquels ont été classés sommairement dans la catégorie des risques découlant de facteurs contextuels généraux (p. ex. champ d'exercice de la profession, formation) et dans la catégorie des risques inhérents à la prestation de services médicaux sur le lieu d'intervention (p. ex. erreurs médicales, collisions d'ambulances).

Risques découlant de facteurs contextuels liés à la pratique des soins médicaux d'urgence

- **Élargissement du champ d'exercice de la profession et de la formation :** D'après les auteurs d'une étude qualitative, le champ d'exercice des SMU s'est élargi ces dernières années et les fournisseurs SMU peuvent être amenés à prodiguer des soins pour lesquels ils n'ont pas reçu une formation adaptée.
- **Conservation des compétences acquises :** Les données probantes laissent à penser que les fournisseurs SMU ne disposent pas d'occasions suffisantes pour exercer leurs compétences et développer l'expertise indispensable à une pratique sécuritaire.
- **Fatigue :** En raison de la nature du travail par quarts, les fournisseurs SMU peuvent avoir des difficultés à engranger suffisamment d'heures de sommeil réparateur. Une étude récente a constaté qu'il existait des corrélations entre la qualité du sommeil, la fatigue et les résultats de sécurité déclarés par les fournisseurs SMU eux-mêmes.
- **Culture de la sécurité :** Ce concept fait référence aux perceptions ou attitudes communes à un groupe de travail en ce qui concerne la sécurité. Selon une étude récente, les perceptions individuelles de la culture de sécurité en milieu de travail des fournisseurs SMU sont associées à des comportements à risque.

Risques inhérents à la prestation de services médicaux sur le lieu d'intervention

- **Problèmes de jugement clinique et de prise de décision :** Plusieurs études ont identifié les décisions cliniques peu judicieuses ou la complexité inhérente au processus de prise de décision sur le lieu d'intervention comme les principaux enjeux en matière de sécurité des patients en milieu préhospitalier.
- **Complexité des soins en milieu préhospitalier :**
    - Il peut s'avérer difficile de pratiquer correctement des gestes médicaux pendant un trajet en ambulance, ce qui augmente les risques d'erreur (les patients peuvent se blesser en tombant de la civière, par exemple) et peut conduire à une issue négative pour le patient. Parmi les erreurs fréquemment signalées dans le contexte des SMU figurent l'échec d'intubation du patient et les erreurs de médication.
        - Selon les constatations d'une étude, près de la moitié des fournisseurs SMU ont déclaré avoir commis une erreur au cours de l'année précédente.
    - Non-respect des protocoles : Divers rapports signalent que les écarts par rapport aux protocoles de soins conduisent fréquemment à des erreurs de diagnostic, au non-traitement, à la non-réévaluation et à la non-modification du traitement.
    - Erreurs de médication : Dans le cadre d'une étude menée en 2011, des experts canadiens en sécurité des patients dans les SMU ont classé les événements indésirables médicamenteux au deuxième rang des enjeux les plus importants en matière de sécurité des patients en milieu préhospitalier; plusieurs études présentent leurs constatations au sujet des erreurs de médication dans les SMU.
- **Collisions d'ambulances :** Les collisions de véhicules représentent un enjeu important pour la sécurité des patients au Canada.

DESCRIPTION DES CONSTATATIONS

1. Définitions

Sécurité des patients : L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la sécurité des patients comme la « réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé »* (Bigham et coll., 2009, cité dans Bigham et coll., 2011).

Fournisseurs des services médicaux d'urgence (SMU) : Les fournisseurs SMU au Canada obtiennent leur diplôme de formation au terme d'une à deux années d'études. Ils peuvent ensuite suivre une formation de niveau avancé ou spécialisé ou obtenir un certificat en transport médical aérien après un complément d'études et une initiation au travail. L'Association médicale canadienne est responsable de l'agrément de la formation des ambulanciers paramédicaux (Bigham et coll., 2009). Dans le présent examen de la documentation, les termes « fournisseurs SMU », « personnel SMU » et « ambulanciers paramédicaux » sont utilisés indifféremment pour désigner les fournisseurs de soins non-médecins en milieu préhospitalier.

2. Limites de la documentation

Les recherches sur la sécurité des patients pris en charge par les fournisseurs SMU sont lacunaires (Bigham et coll., 2012; Bigham et coll., 2009). Bien que les travaux étudiant les préjudices causés aux patients se soient multipliés au cours de la dernière décennie (Price et coll., 2012), rares sont ceux qui ont été consacrés aux soins préhospitaliers (Bigham et coll., 2012; Price et coll., 2012). La disponibilité d'un volume limité de données quantitatives concernant les risques spécifiques pour la sécurité des patients en milieu préhospitalier est donc à déplorer (Gallagher et Kupas, 2012; Price et coll., 2012). En conséquence, cet examen de la documentation présente des données qualitatives sur les risques relatifs à la sécurité des patients en corrélation avec les soins prodigués par les fournisseurs SMU.

3. Présentation générale de la documentation

Il est communément admis que la pratique des soins médicaux d'urgence comporte des enjeux bien particuliers dans le domaine de la santé (Brice et coll., 2012; Bigham et coll., 2012; Bigham et coll., 2011; Price et coll., 2012). D'après un collectif d'auteurs, « les fournisseurs SMU travaillent peut-être dans les pires conditions physiques et émotionnelles qui soient, ce qui augmente le risque de préjudice pour le patient » [Traduction libre] (Bigham et coll., 2012). Les enjeux liés à la pratique sécuritaire de soins médicaux de haute qualité en situation d'urgence sont les suivants :

- Les fournisseurs SMU sont soumis à un stress physique et émotionnel, car ils doivent souvent intervenir au plus vite dans des lieux inconnus. Cela peut conduire à des situations de crise dans lesquelles il faut agir à la hâte et sous pression (Bigham et coll., 2012).
- Les ambulanciers paramédicaux prennent en charge des cas d'urgences médicales et de traumatismes dans toutes les populations, indépendamment de l'âge, du statut socioéconomique et du lieu de résidence des patients, et doivent exécuter des tâches

* Ce minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non-traitement ou à un autre traitement (Bigham et coll., 2009, cité dans Bigham et coll., 2011).

allant de la gestion du lieu d'intervention jusqu'à l'évaluation et au traitement du patient, en passant par le transport (Price et coll., 2012).

D'après certains experts canadiens, les fournisseurs SMU peuvent être amenés à prodiguer des soins continus pour lesquels ils n'ont reçu aucune formation. En raison de l'encombrement des salles d'urgence, ils doivent parfois attendre plusieurs heures avant de pouvoir confier un patient au personnel du service d'urgence, ce qui les oblige à prodiguer des soins complexes à des patients dans un état instable et dans un environnement difficile, ce pour quoi ils n'ont jamais été formés (Atack et Maher, 2010).

- Les auteurs de cette étude soulignent en outre que l'environnement des SMU n'est pas celui d'un service d'urgence ou d'une unité de soins intensifs (qui assurerait sinon la prise en charge de ces patients) où d'autres cliniciens supervisent les activités, prodiguent assistance et recommandations, et où le contrôle de la qualité s'inscrit de façon continue dans le contexte d'une équipe de travail.

Le stress (LeBlanc et coll., 2005, cité dans Brice et coll., 2012), la fatigue et le manque d'expérience du personnel (Atack et Maher, 2010), l'incertitude quant à la prise de décision et l'environnement non contrôlé (Price et coll., 2012) sont reconnus comme des facteurs contribuant au risque de préjudice pour les patients en milieu préhospitalier; il est nécessaire de réaliser d'autres études pour déterminer l'impact de chaque facteur et savoir comment ils se combinent pour mettre en péril la sécurité des patients (Price et coll., 2012).

À la lumière de ce qui précède, cet examen met en évidence une corrélation entre l'intervention des ambulanciers paramédicaux et plusieurs risques pour la sécurité des patients, lesquels ont été classés sommairement dans la catégorie des risques découlant de facteurs contextuels généraux (p. ex. champ d'exercice de la profession, formation) et dans la catégorie des risques inhérents aux incidents sur le lieu d'intervention (p. ex. erreurs médicales).

4. Risques découlant de facteurs contextuels liés à la pratique des soins médicaux d'urgence

Cet examen identifie cinq facteurs ayant trait aux conditions de travail des fournisseurs SMU qui sont susceptibles de mettre en péril la sécurité des patients. Chacun d'eux est présenté en détail ci-après.

4.1 Élargissement du champ d'exercice de la profession

La pratique des soins médicaux d'urgence a considérablement évolué ces dernières années. Dans le cadre d'une étude qualitative, certains experts canadiens en sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence ont noté que le rôle des fournisseurs SMU n'était pas clair et qu'il existait des tensions entre le rôle traditionnel de stabilisation et de transport et le rôle clinique de plus en plus complexe qui s'est imposé en raison de changements dans l'envergure des projets. Alors que des compétences, des médicaments et des technologies se sont ajoutés à la pratique professionnelle, certains pensent que des lacunes en matière de formation sont apparues (Atack et Maher, 2010). Cela risque de conduire les fournisseurs à prendre des décisions cliniques susceptibles de nuire aux patients dans le contexte des soins préhospitaliers (Bigham et coll., 2012).

4.2 Formation

La documentation suggère par ailleurs que les ambulanciers paramédicaux n'ont pas suivi la formation adéquate ou acquis l'expérience requise pour prodiguer des soins pédiatriques spécialisés (Al-Anazi, 2012; Lu et coll., 2012). Une étude britannique a constaté que les ambulanciers paramédicaux et la plupart des techniciens médicaux des services d'urgence avaient reçu une formation limitée en pédiatrie. Par exemple, 54 % des directeurs cliniques des 16 services ambulanciers du NHS ont indiqué qu'il existait une forte probabilité pour que la première personne intervenant dans une situation d'urgence impliquant un enfant n'ait aucune qualification spécifique à jour en pédiatrie (Houston et Pearson, 2010).

Pour répondre aux enjeux en matière de sécurité associés à la formation des ambulanciers paramédicaux, divers territoires de compétence ont élaboré des programmes visant à renforcer les aptitudes de ces professionnels. Les constatations concernant l'efficacité de ces programmes restent toutefois mitigées. En voici quelques exemples :

- D'après une analyse documentaire, aucun bénéfice ne découle du suivi d'une formation sur les techniques avancées de maintien des fonctions vitales† par le personnel ambulancier (Jayaraman et Sethi, 2010).
- D'après une étude récente (Bigham et coll., 2012), le seul essai comparatif randomisé étudiant les risques pour la sécurité des patients dans le contexte des SMU n'a constaté aucune différence significative concernant la sécurité des décisions cliniques prises par les ambulanciers paramédicaux au champ d'exercice étendu‡ qui avaient bénéficié d'une formation complémentaire sur l'évaluation et le traitement des troubles de faible gravité, comparativement aux soins normalisés des SMU britanniques (Mason et coll., 2008).
- Aux États-Unis, certains considèrent que les ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé, qui possèdent des compétences cliniques supérieures dans la gestion des voies respiratoires et la prise en charge cardiovasculaire, peuvent contribuer à réduire les taux de mortalité en milieu préhospitalier. Un rapport d'évaluation élaboré au Royaume-Uni en 2011 suggère toutefois que les données probantes ne permettent pas de déterminer avec certitude si les médecins sont capables de sauver davantage de vies ou d'obtenir de meilleurs résultats cliniques en milieu préhospitalier que les ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé (The National Institute for Health Research Confederation, 2011).

---

† Les équipes ambulancières formées aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales reçoivent une formation complémentaire (p. ex. intubation endotrachéale, thérapie intraveineuse et administration de médicaments spécifiques) (Jayaraman et Sethi, 2010).

‡ Au Royaume-Uni, les ambulanciers paramédicaux au champ d'exercice étendu ont pour mission de prendre en charge à domicile, le cas échéant, les personnes âgées présentant des affections et blessures aiguës mineures et d'éviter ainsi leur transfert superflu au service d'urgence (Mason et coll., 2008).

4.3 Conservation des compétences acquises

Dans le cadre d'une étude qualitative, des chercheurs canadiens ayant une expertise des politiques, des pratiques et des études sur la sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence§ ont noté que, trop souvent, les fournisseurs SMU n'ont qu'une seule expérience d'évaluation au terme de leur formation, après quoi ils sont accrédités et envoyés sur le terrain, sans supervision. Les occasions d'exercer certaines compétences ne sont pas toujours suffisantes par la suite pour acquérir l'expertise nécessaire à une pratique sécuritaire (Atack et Maher, 2010). Par exemple :

- Une étude portant sur les élèves ambulanciers paramédicaux a constaté que les taux de réussite de l'intubation** augmentaient avec l'expérience clinique, mais les auteurs ont remarqué que bon nombre de programmes de formation ne proposaient pas suffisamment d'exercices pratiques en la matière pour atteindre des taux de réussite élevés (Warner et coll., 2010).

4.4 Fatigue

L'OMS a cité la fatigue parmi les principaux facteurs contribuant aux erreurs médicales et aux blessures dans le domaine des soins de santé (OMS, 2009, cité dans Patterson et coll., 2012). Le travail par quarts, caractéristique du fonctionnement des SMU, comprend des gardes de nuit, une rotation des emplois du temps, un réveil matinal et un sommeil nocturne entrecoupé, ce qui peut perturber le rythme circadien et mettre l'individu en décalage avec son environnement, par manque et baisse de la qualité du sommeil. En conséquence, il a été suggéré que les fournisseurs SMU dorment mal, ressentent souvent de la fatigue au travail (Brice et Patterson, 2012) et se déclarent en état de stress et d'épuisement (Knox et coll., 2006; Patterson et coll., 2005, cité dans Patterson et coll., 2010a). Par exemple, dans le cadre de deux études étatsuniennes, 44,5 % (Patterson et coll., 2010b) et 55,0 % (Patterson et coll., 2012) des fournisseurs SMU ont déclaré souffrir de fatigue sévère au travail; fréquemment, les fournisseurs SMU ont également fait état d'une piètre qualité de sommeil (Patterson et coll., 2010b). Les fournisseurs SMU peuvent travailler sans interruption et par quarts de 12 ou 24 heures, avec un nombre limité d'occasions de se sustenter ou de se reposer, ce qui peut expliquer cette fatigue (Brice et coll., 2012).

Une étude récente portant sur les fournisseurs SMU aux États-Unis a mis en évidence des corrélations entre la qualité du sommeil, la fatigue et les résultats de sécurité déclarés par ces professionnels (Patterson et coll., 2012). Cette étude a constaté, par comparaison avec les répondants exempts de fatigue, que les fournisseurs SMU se déclarant fatigués étaient :

- deux fois plus susceptibles d'avoir signalé un ou plusieurs événements indésirables ou erreurs médicales au cours des trois mois précédents;
- près de deux fois plus susceptibles d'avoir déclaré s'être blessés au cours des trois mois précédents;

---

§ Dans le cadre de cette étude, la méthode d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour identifier des informateurs expérimentés en matière de politique, de pratique et de recherche pouvant s'exprimer sur la problématique de la sécurité des patients; le comité se composait de représentants de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, des directeurs des services médicaux d'urgence du Canada et de la Calgary EMS Foundation (Atack et Maher, 2010).

** L'intubation consiste à introduire un tube dans les voies respiratoires du patient pour empêcher le collapsus (The Free Dictionary, 2012); selon une étude canadienne, 62 % des experts en sécurité des patients dans les SMU ont identifié l'intubation comme un enjeu important touchant la sécurité des patients" (Bigham et coll., 2011).

- plus de 3,5 fois plus susceptibles d'avoir signalé que leur sécurité ou la sécurité de leurs patients avait été compromise au cours des trois mois précédents.

4.5 Culture de la sécurité

La culture de la sécurité désigne les perceptions ou attitudes communes à un groupe de travail en ce qui concerne la sécurité (Zohar, 1980, cité dans Weaver et coll., 2012). Une étude récente a constaté que les perceptions individuelles de la culture de sécurité en milieu de travail des fournisseurs SMU étaient associées aux résultats de sécurité pour les patients : les fournisseurs SMU rapportant les perceptions les moins bonnes du climat de sécurité sur leur lieu de travail†† ont également déclaré un comportement à risque‡‡ (Weaver et coll., 2012). D'après une étude menée en 2010, les scores relatifs à la culture de sécurité varient d'un organisme SMU à l'autre (Patterson et coll., 2010a).

Selon les auteurs d'un article, les thèmes sur lesquels un virage culturel devrait être amorcé à l'heure actuelle incluent l'utilisation des véhicules (p. ex. feux d'urgence et sirènes), la gestion du personnel (p. ex. formation des conducteurs) et la réaction comportementale (p. ex. vitesse au détriment de la sécurité) (Brice et coll., 2012).

5. Risques inhérents à la prestation de services médicaux sur le lieu d'intervention

Cet examen identifie trois facteurs susceptibles de mettre en péril la sécurité des patients sur le lieu d'intervention. Chacun d'eux est présenté en détail ci-après.

5.1 Problèmes de jugement clinique et de prise de décision

Les fournisseurs SMU sont tenus de prendre très rapidement des décisions médicales d'une extrême importance sur la base de renseignements incomplets (Lu et coll., 2012). Plusieurs études ont identifié les décisions cliniques peu judicieuses ou la complexité inhérente au processus de prise de décision sur le lieu d'intervention comme les principaux enjeux en matière de sécurité des patients en milieu préhospitalier (Price et coll., 2012; Bigham et coll., 2011; Atack et Maher, 2010). D'après une étude menée en 2012, l'exposition régulière des ambulanciers paramédicaux à des cas anodins ou de faible gravité (p. ex. douleurs abdominales) peut induire un manque de réactivité en présence de troubles graves associés au même tableau clinique (p. ex. confusion entre une crise cardiaque et des douleurs abdominales) (Price et coll., 2012). Des études ont établi un lien entre le jugement clinique et l'élargissement du champ d'exercice de la profession, la formation (Bigham et coll., 2012) et la fatigue (Atack et Maher, 2010; Patterson et coll., 2010b) (ces facteurs ont été décrits à la section 4).

---

†† La culture de la sécurité chez les fournisseurs SMU a été mesurée d'après le questionnaire SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*), un outil de sondage permettant d'évaluer six dimensions de la culture de sécurité en milieu de travail (climat de sécurité, climat du travail d'équipe, perceptions sur l'encadrement, satisfaction au travail, conditions de travail et reconnaissance du stress) (Patterson et coll., 2010a).

‡‡ La culture de sécurité en milieu de travail et les comportements à risque dans les services médicaux d'urgence ont fait l'objet d'une auto-déclaration par les fournisseurs SMU et ces critères ont été mesurés simultanément (Patterson et coll., 2010a).

5.2 Complexité des soins en milieu préhospitalier

Il a été suggéré que le milieu préhospitalier pouvait être plus propice à l'erreur (Lu et coll., 2012) et que l'incapacité des fournisseurs SMU à communiquer avec les patients dans cet environnement pouvait accroître le risque d'erreurs médicales (Price et coll., 2012). La documentation a permis de mettre en évidence les problèmes suivants en matière de prestation des soins médicaux d'urgence :

- D'après un article datant de 2012, plusieurs chercheurs ont constaté que la qualité de la réanimation cardiopulmonaire (RCP) pratiquée pendant le transport ou la simulation de transport était médiocre (Brice et coll., 2012).
- Les résultats d'un examen rétrospectif des réclamations à l'encontre des organismes SMU aux États-Unis révèlent que la manipulation des patients a constitué l'un des événements indésirables les plus fréquents et a été invoquée dans 36 % des cas (p. ex. le patient chute ou le fournisseur SMU le laisse tomber) (Wang et coll., 2008).
- D'après un article récent (Lu et coll., 2012), près de la moitié des fournisseurs SMU interrogés dans le cadre d'une étude a déclaré avoir commis une erreur au cours de l'année précédente. Les auteurs ont noté qu'au vu des quelque 16 millions de transports médicalisés effectués chaque année aux États-Unis, le nombre réel d'erreurs en milieu préhospitalier est sans doute conséquent.

5.2.1. Non-respect des protocoles

Les protocoles de traitement normalisés applicables en milieu préhospitalier sont élaborés de façon à assurer la prestation uniforme de soins de haute qualité et exempts d'erreurs pour un motif de consultation précis. Malgré cela, on constate que les écarts par rapport aux protocoles de soins conduisent fréquemment à des erreurs de diagnostic, au non-traitement, à la non-réévaluation et à la non-modification du traitement (Rittenberger et coll., 2005). Les données probantes laissent à penser que les patients pris en charge en milieu préhospitalier ne reçoivent pas toujours les soins recommandés par les protocoles et que les fournisseurs SMU connaissent peut-être mal les lignes directrices en vigueur. Exemple :

- Une étude étatsunienne a constaté que la prise en charge par les fournisseurs SMU des patients présentant des douleurs thoraciques n'était souvent pas conforme au protocole et que, par conséquent, les soins préhospitaliers documentés pour ces patients différaient d'un cas à l'autre. Par exemple, malgré l'efficacité prouvée de l'aspirine dans la réduction de la mortalité des patients en cas de crise cardiaque dont font état les protocoles de traitement normalisés, à peine plus de la moitié des patients de cette étude ont reçu ce médicament avant leur arrivée à l'hôpital (Rittenberger et coll., 2005).
- Une étude étatsunienne a observé une faible sensibilisation aux lignes directrices relatives au recours à la défibrillation[§§] chez l'enfant parmi les fournisseurs SMU de deux États (moins de 30 %) après la publication d'un avis de sécurité, tandis que la connaissance de ces recommandations était nettement supérieure (60 % ou plus) après leur intégration aux lignes directrices relatives à la RCP (Haskell et coll., 2008).

[§§] La défibrillation consiste à délivrer une décharge électrique au muscle cardiaque à l'aide d'un dispositif électronique dans le but de rétablir un rythme de contraction normal (American Heart Association, 2012).

5.2.2. Erreurs de médication

Dans le cadre d'une étude menée en 2011, des experts canadiens en sécurité des patients dans les SMU ont classé les événements indésirables médicamenteux au deuxième rang des enjeux les plus importants en matière de sécurité des patients en milieu préhospitalier,*** 69 % des participants leur ayant attribué une haute importance††† (Bigham et coll., 2011). Plusieurs études ont présenté des constatations relatives aux erreurs de médication, parmi lesquelles :

- Dans le cadre d'une étude qualitative, certains experts canadiens en sécurité des patients dans les SMU ont fait remarquer que l'administration de médicaments représente une part relativement mineure du processus d'intervention des SMU, mais que les erreurs de médication sont loin d'être toutes déclarées (Atack et Maher, 2010).
- Selon d'autres études, les erreurs de médication sont courantes en milieu préhospitalier (Hoyle et coll., 2012). Par exemple :
    - Une étude a constaté que le dosage de l'adrénaline, l'un des médicaments d'urgence, était incorrect dans 56 % des cas pris en charge par les fournisseurs SMU (Kaji et coll., 2006, cité dans Hoyle et coll., 2012).
    - Selon une étude récente, les incidents médicamenteux en milieu préhospitalier ont contribué à 5 % des incidents touchant la sécurité dans l'État de Pennsylvanie (Gallagher et Kupas, 2012).
    - Une étude menée dans huit organismes SMU du Michigan a révélé que le dosage des médicaments administrés dans le cadre des soins pédiatriques préhospitaliers par les ambulanciers paramédicaux était souvent incorrect (Hoyle et coll., 2012).‡‡‡

5.3 Collisions d'ambulances

Les collisions de véhicules ont été identifiées par des experts canadiens en sécurité des patients dans les SMU comme un enjeu important§§§ en matière de sécurité des patients en milieu préhospitalier (Bigham et coll., 2011; Atack et Maher, 2010). Un corpus de recherche toujours plus fourni vient démontrer la fréquence des accidents d'ambulance (Brice et coll., 2012; Brice et Patterson, 2012) :

- D'après les résultats d'une étude étatsunienne, les collisions de véhicules d'urgence ont représenté 37 % des réclamations à l'encontre des organismes SMU (Wang et coll., 2008).
- Une autre étude a constaté qu'entre 2003 et 2010, les problèmes de conduite ou les collisions étaient en cause dans 6 % des incidents touchant la sécurité dans l'État de Pennsylvanie (Gallagher et Kupas, 2012).

*** L'enjeu dominant en matière de sécurité des patients a été la prise de décision et le jugement clinique, que 95 % des participants ont jugés importants (Bigham et coll., 2011).

††† 69 % des personnes interrogées ont attribué un score de quatre ou cinq à l'intubation, sur une échelle d'importance à cinq points (Bigham et coll., 2011).

‡‡‡ Les enfants peuvent être particulièrement vulnérables aux erreurs de médication, car la posologie est calculée en fonction du poids corporel; cependant, les ambulanciers paramédicaux ont souvent une expérience limitée en pédiatrie, ce qui peut contribuer au risque d'erreur (Hoyle et coll., 2012).

§§§ 61 % des personnes interrogées ont attribué un score de quatre ou cinq à l'intubation, sur une échelle d'importance à cinq points (Bigham et coll., 2011).

Parmi les autres causes de collision identifiées dans la littérature, citons l'inexpérience des conducteurs; les effets du travail par quarts et du stress chez les fournisseurs SMU; le manque de formation des conducteurs à la prudence au volant (Wang et coll., 2008; Kahn et coll., 2001; Saunders et Heye, 1994, cité dans Bigham et coll., 2011); l'abus d'alcool ou d'autres drogues; la fatigue (Brice et coll., 2012); et la culture de la vitesse dans les SMU (Atack et Maher, 2010).

ANNEXE

Tableau 1 – Description du contenu des articles ayant fait l'objet d'un résumé[13]

N°	Description	Référence
	Articles de synthèse	
1.	**But** : Passer en revue la documentation relative aux services médicaux d'urgence (SMU) pédiatriques en vue de mettre en évidence leurs faiblesses et les améliorations possibles. **Données et méthodologie** : La sélection des articles parus à inclure s'est fondée sur l'importance et la compréhension de la recherche documentaire portant sur différents aspects des SMU pédiatriques. À cette fin, les auteurs ont effectué des recherches approfondies dans les bases de données PubMed, PubMed Central, Science Direct, Uptodate, Medline, dans la bibliothèque Cochrane et sur Internet (Google, Yahoo). **Résultats** : Les SMU pédiatriques prodiguent des soins médicaux extrahospitaliers et/ou transportent les patients vers l'établissement de soins compétent. La force opérationnelle combine différentes spécialités : transport en ambulance, premiers soins, soins médicaux d'urgence, sauvetage, traumatologie, médecine d'urgence, sauvetage nautique et dégagement des victimes. La pratique des soins préliminaires permet de sauver les patients se trouvant dans diverses situations d'urgence médicale. Les techniques et procédures élémentaires et avancées de maintien des fonctions vitales sont employées. Un grand nombre de lacunes a été observé dans le système des SMU pédiatriques, notamment : irrégularités du transport en ambulance, manque d'équipement, manque d'expertise et ignorance des fournisseurs de soins préhospitaliers. Ces points sont évoqués en association avec quelques exemples spécifiques de situations d'urgence médicale. **Conclusions :** La nomination du personnel des SMU pédiatriques doit imposer des qualifications, une expérience et une expertise spécifiques dans divers domaines. La responsabilité des SMU pédiatriques ne doit pas uniquement incomber aux fournisseurs de soins préhospitaliers, qui n'ont pas le statut de clinicien et n'ont pas suivi la formation qui convient. Il faudrait former spécialement des pédiatres qui participeraient activement à la prestation des SMU pédiatriques. Il est recommandé d'organiser des réunions afin de débattre des lacunes et des moyens d'amélioration et d'instaurer des réseaux de coopération entre les fournisseurs de soins préhospitaliers et les experts du service d'urgence.	Al-Anazi, A. (2012). « Pediatric emergency medical services and their drawbacks », *in Journal of Emergencies, Trauma and Shock, 5 (3)*, 220-7.

[13] Veuillez noter que les études, les programmes et les constatations présentés dans ce tableau peuvent provenir de provinces ou de pays dont le système de santé peut être extrêmement différent de celui de l'Ontario. Nous vous recommandons, si vous souhaitez vous appuyer sur l'une ou l'autre de ces sources, de communiquer avec l'auteur principal de cet examen afin qu'il vous aide à évaluer leur réplicabilité en Ontario.

N°	Description	Référence
2.	**Contexte.** La documentation relative aux préjudices évitables découlant des soins prodigués dans le milieu hospitalier est très fournie. Les fournisseurs des services médicaux d'urgence (SMU) doivent intervenir dans des contextes difficiles et instables. Fortement propice au risque d'erreur et de préjudice, le milieu préhospitalier a pourtant été relativement peu étudié dans la littérature portant sur la sécurité des patients. **Objectif.** Identifier les risques spécifiques au contexte des SMU qui mettent en péril la sécurité des patients et les interventions permettant de les atténuer. À cette fin, les auteurs ont réalisé une analyse documentaire. **Méthodologie.** Les auteurs ont effectué leurs recherches dans MEDLINE, EMBASE et CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) à l'aide de combinaisons de mots clés du domaine des SMU et de la sécurité des patients composées par un groupe d'experts pancanadien. La plage de recherche s'étendait de 1999 à 2011. Les auteurs ont exclu les commentaires, les articles d'opinion, les lettres, les abrégés et les publications non anglophones. Deux chercheurs ont réalisé chacun de leur côté un tri hiérarchique à l'aveugle (sans en connaître la source) des titres, résumés et articles complets. Les auteurs ont utilisé l'indice kappa pour déterminer la concordance interévaluateurs. Toutes les différences ont été résolues par voie de consensus. **Résultats.** Les auteurs ont rassemblé 5 959 titres; 88 publications ont satisfait aux critères d'inclusion et ont été classées selon les sept thèmes suivants : événements indésirables et erreurs de médication (22 articles), jugement clinique (13), communication (**6**), sécurité des véhicules terrestres (9), sécurité des aéronefs (6), transport entre établissements (16) et intubation (16). Deux articles étaient des essais comparatifs randomisés; dans les autres cas, il s'agissait de revues systématiques, d'études d'observation prospectives, d'analyses rétrospectives de bases de données/dossiers médicaux, d'entrevues qualitatives ou d'enquêtes. Les indices kappa des titres, résumés et articles complets étaient respectivement de 0,65; 0,79 et 0,87 pour la première recherche et de **0**,60; 0,74 et 0,85 pour la seconde. **Conclusions.** Les auteurs ont constaté la rareté des documents scientifiques étudiant la sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence. Il est indispensable de mener des travaux de recherche pour améliorer notre compréhension de l'ampleur du problème et des risques touchant la sécurité des patients et pour orienter les interventions.	Bigham, B.L., Buick, J.E., Brooks, S.C., Morrison, M., Shojania, K.G. et Morrison, L.J. (2012). « Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature », *in Prehospital Emergency Care, 16*(1), 20-35.

N°	Description	Référence
3.	**Introduction :** La gestion des voies respiratoires en milieu préhospitalier fait l'objet d'une controverse, mais il est communément admis qu'un petit nombre de patients gravement malades ou blessés requiert une intubation trachéale (IT) d'urgence et une ventilation assistée. Nombreux sont les systèmes de services médicaux d'urgence (SMU) en Europe qui assurent la prise en charge de ces patients par des médecins, tandis que d'autres systèmes font appel aux ambulanciers paramédicaux (ou, dans de rares cas, au personnel infirmier). Le taux de réussite de l'IT d'urgence est une mesure importante des performances du fournisseur et du système SMU et un marqueur de la sécurité des patients. **Méthodologie :** Les auteurs ont procédé à une analyse documentaire des bases de données Medline et EMBASE pour identifier tous les articles originaux parus en anglais ayant trait à l'IT d'urgence pratiquée en milieu préhospitalier chez des patients adultes. Les auteurs ont sélectionné toutes les études mentionnant des taux de réussite de l'IT d'urgence et ont extrait les données relatives au nombre de tentatives et au nombre de succès de ce geste, au type de fournisseur, au niveau de formation en matière d'intubation et à la disponibilité des médicaments sur le lieu d'intervention. Les auteurs ont calculé le taux de réussite globale par méta-analyse et ont évalué le lien entre le taux de réussite de l'IT d'urgence et le type de fournisseur ainsi qu'entre le taux de réussite de l'IT d'urgence et les types de médicaments disponibles sur le lieu d'intervention. **Résultats :** Parmi les 1 070 études retenues au départ, les auteurs ont identifié 58 études originales répondant aux critères de sélection. Des taux de réussite de l'IT d'urgence étaient rapportés par 64 % des services dotés en personnel non-médecin et par 54 % des services dotés en personnel médecin, mais les déclarations en la matière se sont avérées incomplètes dans trois études portant sur les services dotés en personnel non-médecin. Le taux de réussite médian était de 0,905 (0,491; 1,000). Dans le cadre d'une analyse de régression linéaire pondérée, les fournisseurs médecins ont été largement associés à des taux de réussite supérieurs, 0,092 (P = 0,0345). Dans le groupe des fournisseurs non-médecins, l'administration de médicaments avant l'intubation a considérablement accru les taux de réussite. Tous les médecins avaient accès à l'induction d'une anesthésie à séquence rapide classique et, en comparaison des fournisseurs non-médecins ayant eu recours aux paralysants musculaires ou à l'induction d'une anesthésie à séquence rapide classique, une différence significative des taux de réussite a persisté en faveur des médecins, 0,991 et 0,955 respectivement (P = 0,047). **Conclusions :** Cette méta-analyse exhaustive suggère que les médecins rencontrent globalement moins d'échecs que les fournisseurs non-médecins dans les cas d'intubation trachéale d'urgence en milieu préhospitalier. Cette constatation, qui reste vraie lorsque les fournisseurs non-médecins administrent des paralysants musculaires ou une anesthésie à séquence rapide, soulève des questions importantes quant à la sécurité des patients. En l'absence de médecins en milieu préhospitalier, la pratique d'autres techniques élémentaires ou avancées de gestion des voies respiratoires est vivement recommandée.	Lossius, H.M., Røislien, J. et Lockey, D.J. (2012). « Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers », *in Critical Care, 16*(1).

N°	Description	Référence
4.	Le personnel des services médicaux d'urgence (SMU) doit intervenir dans des contextes difficiles et instables, qui peuvent contribuer à accroître le risque d'événement indésirable. Pourtant, on en sait bien peu sur les risques pour la sécurité des patients dans le contexte des SMU. Pour combler cette lacune, les auteurs ont réalisé une analyse documentaire (incluant des essais non randomisés et non contrôlés), ont mené des entrevues qualitatives avec des informateurs-clés et, avec l'aide d'un comité consultatif pancanadien, ont organisé un sommet d'une journée réunissant 52 experts en sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence. Ce sommet avait pour but de passer en revue les travaux de recherche disponibles, de débattre des enjeux touchant la sécurité des patients en milieu préhospitalier et de cerner les interventions susceptibles d'améliorer la sécurité dans le secteur des SMU. La finalité première consistait à définir les objectifs stratégiques en vue de renforcer la sécurité des patients dans les SMU. Les participants représentaient toutes les régions du Canada et occupaient le rôle d'administrateur, d'éducateur, de médecin, de chercheur ou d'expert de la sécurité des patients. Les données ont été recueillies par vote électronique et analyse qualitative des débats. L'enjeu dominant en matière de sécurité des patients qui est ressorti des discussions a été la prise de décision et le jugement clinique, que 95 % des participants ont jugés importants. Tous ont convenu que les ambulanciers paramédicaux du Canada sont appelés à prodiguer des soins de plus en plus complexes et à délai critique, p. ex. les nouvelles mesures du protocole de réanimation cardiopulmonaire (RCP) en cas d'arrêt cardiaque, l'identification précoce des AVC et les protocoles de pontage et de transport, les interventions thérapeutiques en cas de traumatisme. Les informateurs ont déclaré que la formation des ambulanciers paramédicaux n'était peut-être pas adaptée pour garantir la maîtrise de protocoles complexes et la prise des décisions cliniques relatives au diagnostic et au traitement. Or cela peut contribuer aux problèmes de sécurité des patients. Le groupe a convenu de neuf recommandations permettant de renforcer la sensibilisation, de réduire l'incidence des événements indésirables et de suggérer des pistes de recherche et de formation sur la sécurité des patients dans le contexte des SMU : sensibilisation accrue aux principes de sécurité des patients, amélioration de la déclaration des événements indésirables grâce à la création de systèmes non punitifs, soutien à la prise de décision clinique des ambulanciers paramédicaux par le biais de programmes de recherche et de formation améliorés, de l'évolution des politiques, à l'aide d'algorithmes flexibles, adoption des stratégies mises en œuvre dans d'autres disciplines en matière de sécurité des patients, hausse du financement de la recherche sur la sécurité des patients, aide salariale aux chercheurs paramédicaux et accès aux études supérieures en recherche sur les soins préhospitaliers.	Bigham, B.L., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Maher, J., Brooks, S.C. et Morrison, L.J. (2011). « La sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence », sommaire et recommandations du sommet de Niagara Falls, *in Journal canadien de la médecine d'urgence, 13(1)*, 13–18.

N°	Description	Référence
5.	**Contexte :** Le fardeau mondial des blessures est en hausse, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Pour résoudre ce problème, ces derniers sont en train d'adopter les modèles de soins en traumatologie initialement mis au point dans les pays à revenu élevé. En particulier, la formation des équipes ambulancières aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales est encouragée dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dans l'optique d'améliorer les résultats chez les victimes de traumatisme. Cependant, l'efficacité de cette intervention des services de santé est sujette à controverse et les données probantes n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. **Objectifs :** Quantifier l'impact des équipes ambulancières formées aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales sur la baisse de la mortalité et de la morbidité chez les victimes d'un traumatisme, par rapport aux équipes n'ayant pas suivi cette formation. **Méthodologie de recherche :** Le champ des recherches n'a pas été limité par date, par langue ou par statut des publications. Les auteurs ont étudié le registre spécialisé du CIG (Cochrane Injuries Group) et consulté toutes les entrées des bases de données CENTRAL (*The Cochrane Library* 2009, n° 3), MEDLINE (Ovid SP), EMBASE (Ovid SP), CINAHL (EBSCO) et PubMed jusqu'en juillet 2009. Les auteurs ont également épluché la bibliographie des études et analyses pertinentes afin d'identifier les documents n'ayant pas fait l'objet d'une publication. **Critères de sélection :** Essais comparatifs randomisés, essais comparatifs quasi randomisés et études non randomisées, y compris les études avant-après et les études de séries temporelles interrompues, comparant l'impact des équipes ambulancières formées aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales sur la baisse de la mortalité et de la morbidité chez les victimes d'un traumatisme, par rapport aux équipes n'ayant pas suivi cette formation. **Méthodes de collecte et d'analyse des données :** Un auteur de l'analyse a appliqué des critères d'admissibilité aux comptes rendus des essais à inclure et extrait les données correspondantes. **Principaux résultats :** Les auteurs ont trouvé un essai comparatif avant-après, un essai avant-après non contrôlé et un essai comparatif randomisé répondant aux critères d'inclusion. Aucune donnée probante n'est venue étayer l'utilité de la formation du personnel préhospitalier aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales. Dans l'essai avant-après non contrôlé, une analyse *a priori* par sous-groupe a mis en évidence une hausse de la mortalité chez les patients présentant un score de Glasgow inférieur à neuf qui ont été pris en charge par des équipes ambulancières formées aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales. Par ailleurs, une analyse de régression logistique prenant en compte le score de traumatisme préhospitalier a révélé une hausse significative de la mortalité des patients pris en charge par des équipes ambulancières formées aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales. **Conclusions des auteurs :** À l'heure actuelle, les données probantes indiquent l'absence de bénéfices issus de la formation des équipes ambulancières aux techniques avancées de maintien des fonctions vitales.	Jayaraman, S. et Sethi, D. (2009). « Advanced trauma life support training for ambulance crews », *in Base de données d'examens systématiques de Cochrane (Cochrane Database of Systematic Reviews), 20* (1).

N°	Description	Référence
	Articles parus dans des publications revues par des pairs	
6.	Le milieu préhospitalier est imprévisible et pose souvent des risques pour la sécurité des fournisseurs et des patients. Des travaux de recherche récents démontrent que le personnel des services médicaux d'urgence (SMU) cumule souvent plusieurs emplois, n'est pas en bonne forme physique ou en bonne santé, dort mal et ressent souvent de la fatigue au travail. Ces facteurs augmentent les risques d'incident pour le fournisseur SMU (blessure musculo-squelettique, exposition à des pathogènes à diffusion hématogène, etc.). Parmi les risques connus pour la sécurité des patients, citons les erreurs de médication, les échecs d'intubation, l'amplitude inappropriée des compressions thoraciques et les chutes de civière. Les auteurs notent que l'on a une compréhension limitée des menaces mettant en péril la sécurité du fournisseur et du patient, de l'ampleur de ces problèmes, de leur cause et des interventions capables de réduire efficacement le risque. Un corpus de recherche toujours plus fourni démontre que les accidents d'ambulance sont des incidents fréquents et mortels qui pourraient être évités. L'ergonomie de l'ambulance n'est pas adaptée à la pratique sécuritaire des soins. Les tests de résistance aux chocs des ambulances pourraient fournir des renseignements complémentaires sur la conception externe et la configuration interne à adopter pour sauver la vie des fournisseurs et des patients. Par nature, les soins préhospitaliers requièrent la prise rapide de décisions médicales, souvent sur la base de renseignements limités fournis par le patient ou les témoins. Une erreur de médication ou un événement indésirable peut être la conséquence de ce manque d'information.	Brice, J.H. et Patterson, P.D. (2012). « Special Section: Safety in EMS », *in Prehospital Emergency Care*, *16*(1), 1.

N°	Description	Référence
7.	Les soins en milieu extrahospitalier sont très spécifiques et présentent de nombreux défis pour assurer une prise en charge sécuritaire et de haute qualité en situation d'urgence. Les enjeux du milieu préhospitalier nécessitent une conception bien pensée des systèmes et processus de soins. Pour relever les défis propres à la sécurité des ambulances, il convient d'analyser les systèmes et d'améliorer les processus. Cet article vise à 1) mettre en évidence la nature du problème, 2) instaurer un cadre de discussion, 3) donner les avis d'experts recueillis lors d'une conférence de deux jours sur la sécurité des ambulances et 4) proposer un plan d'action pour résoudre les problèmes de sécurité identifiés dans la littérature et par les experts lors de la conférence. Les auteurs ont utilisé la matrice de Haddon pour structurer et présenter les enjeux en matière de sécurité et ont proposé des solutions pour chaque facteur contribuant au risque de blessure pendant le transport dans les services médicaux d'urgence (SMU) : hôte, agent, environnement physique et environnement social. L'*hôte* désigne la ou les personnes à risque : dans ce cas, le personnel SMU ou le patient. La conceptualisation du fournisseur SMU en tant qu'hôte dans la matrice des blessures de Haddon permet d'étudier de multiples facettes des blessures qui surviennent dans ou à proximité d'une ambulance pendant la prise en charge et le transport d'un patient. Les facteurs liés à l'hôte qui peuvent jouer un rôle important dans la sécurité des ambulances comprennent la forme physique, la somnolence, la formation, les connaissances, les compétences et la capacité. L'*agent de blessure* fait référence à l'énergie exercée pendant la survenue d'une blessure et peut être modifié pour inclure l'équipement non fixe contribuant à la blessure. Dans le contexte de la sécurité dans un véhicule en mouvement, l'ambulance en elle-même est, de toute évidence, l'équipement à prendre en compte en premier lieu. Le matériel présent dans une ambulance est également important dans ce débat sur la sécurité des ambulances, en particulier s'il n'est pas fixé avec soin. L'*environnement physique* désigne les caractéristiques du milieu dans lequel la blessure survient, par exemple : la route ou la structure de l'ambulance. L'environnement physique au sein du compartiment réservé au patient dans une ambulance peut compromettre la capacité du fournisseur à prodiguer des soins en toute sécurité. Plusieurs chercheurs ont constaté que la qualité de la réanimation cardiopulmonaire (RCP) pratiquée pendant le transport ou la simulation de transport était médiocre. Enfin, l'*environnement social* désigne les normes et pratiques sociales, juridiques et culturelles ayant cours dans la société, comme la pression des pairs et la culture décourageant le recours aux dispositifs de sécurité. Une prise en charge de qualité peut être assurée de manière sécuritaire et en temps opportun. Les thèmes sur lesquels un virage culturel devrait être amorcé à l'heure actuelle peuvent se diviser en trois grandes catégories : utilisation des véhicules, gestion du personnel et réaction comportementale. L'utilisation des véhicules comprend les délais de réponse des ambulances, l'utilisation des feux d'urgence et des sirènes et la hiérarchisation des appels. La gestion du personnel comprend le port de la ceinture de sécurité et la formation du conducteur. La réaction comportementale comprend la notion de vitesse à tout prix, la responsabilisation individuelle, la reconnaissance des erreurs et l'auto-déclaration.	Brice, J.H., Studnek, J.R., Bigham, B.L., Martin-Gill, C., Custalow, C.B., Hawkins, E. et Morrison, L.J. (2012). « EMS provider and patient safety during response and transport: proceedings of an ambulance safety conference », *in Prehospital Emergency Care, 16*(1), 3-19.

N°	Description	Référence
8.	**Contexte :** La sécurité des patients et des fournisseurs est un paramètre essentiel qui entre en ligne de compte dans tous les volets de la gestion des services médicaux d'urgence (SMU). Les dirigeants, les administrateurs et les décideurs en charge de ces systèmes doivent comprendre les situations qui posent des risques de préjudice pour les patients ou les fournisseurs. **Objectif :** Cette étude a analysé les comptes rendus transmis à un système de déclaration des incidents de sécurité SMU à l'échelle d'un État, dans le but de classer les types d'incidents signalés et d'identifier les possibilités de prévention. **Méthodologie :** Le système de déclaration en question est un système en ligne à l'échelle de l'État sur lequel n'importe qui peut déclarer anonymement un événement ou une situation perçu(e) comme nuisant à la sécurité. Les auteurs ont passé en revue tous les comptes rendus enregistrés depuis le lancement du système en 2003 jusqu'en août 2010. Conformément aux conditions d'utilisation du système, toute entrée contenant des renseignements qui permettent d'identifier un fournisseur SMU, un organisme ou un patient est supprimée et donc exclue de l'analyse. Chaque compte rendu comprenait la description de l'incident, le rapport avec le déclarant et l'année où l'incident est survenu. Chaque entrée a été associée à la catégorie la plus représentative de la situation décrite. **Résultats :** Au total, 415 comptes rendus ont été reçus pendant la période de l'étude, parmi lesquels 186 ont été exclus — 163 (39 %) ont été exclus par l'État en raison de la présence de renseignements identifiables et 23 (6 %) ont été exclus par les auteurs car la description était dénuée de sens. Parmi les 229 comptes rendus restants, 237 incidents différents ayant trait à la sécurité ont été recensés. Ils ont été classés dans les catégories suivantes : actions/comportement (32 % [p. ex. formation/jugement clinique, 23 %]), véhicule/transport (16 % [p. ex. problème de conduite ou collision, 6 %]), dotation en personnel ou disponibilité des ambulances (13 %), communications (8 %), matériel médical (9 %), problèmes incluant des patients/organismes/unités multiples et concernant le niveau de soins (7 %), procédure médicale (6 %), médication (5 %), gestion du lieu de l'accident/sécurité du lieu d'intervention (3 %) et problèmes liés au protocole (1 %). Les fournisseurs SMU directement impliqués dans l'incident représentaient le principal groupe de déclarants (33 %). Les auteurs citent également à titre d'exemple des changements du système et de la politique qui ont été apportés en réponse directe à ces comptes rendus. **Conclusion :** Ce système de déclaration des incidents de sécurité SMU a identifié des situations survenues dans plusieurs catégories des soins SMU. Ces menaces potentielles représentent une occasion d'évaluer, et finalement de faire évoluer, la politique et les procédures pour réduire le nombre d'incidents et d'erreurs médicales possibles et améliorer la sécurité en général. Un grand nombre de cas ont été exclus pour préserver l'anonymat comme l'exige le système. **Limites :** L'ensemble de données utilisé dans le cadre de cette étude est limité par la volonté des déclarants de faire part des événements dont ils ont été témoins. En outre, tous les comptes rendus sont traités de manière factuelle, sans correction des malentendus, des divergences de point de vue ou des comptes rendus frauduleux.	Gallagher, J.M. et Kupas, D.F. (2012). « Experience with an anonymous web-based state EMS safety incident reporting system », *in Prehospital Emergency Care*, *16*(1), 36-42.

N°	Description	Référence
9.	**Contexte :** Des erreurs de dosage des médicaments surviennent chez 17,8 % des enfants hospitalisés. Les données décrivant les erreurs de médication commises par les ambulanciers paramédicaux des services médicaux d'urgence (SMU) dans la population pédiatrique sont limitées. Il a été démontré que les ambulanciers paramédicaux ont peu souvent l'occasion de prodiguer des soins aux enfants. **Objectif :** Caractériser les erreurs de dosage des médicaments chez les enfants pris en charge par les SMU. **Méthodologie :** Les auteurs ont étudié les patients âgés de ≤ 11 ans que les ambulanciers paramédicaux de huit organismes SMU ont pris en charge entre janvier 2004 et mars 2006. Ils définissent une erreur de dosage des médicaments comme un écart ≥ 20 % par rapport au calcul de dose réalisé sur la base du poids du patient figurant dans le dossier médical préhospitalier ou d'après l'échelle de Broselow-Luten. Les auteurs ont étudié les erreurs d'administration de six médicaments fréquemment employés par les SMU dans la population pédiatrique : albutérol, atropine, dextrose, diphenhydramine, adrénaline et naloxone. **Résultats :** 5 547 enfants âgés de 11 ans ou moins ont été pris en charge pendant la période de l'étude, parmi lesquels 230 patients (4,1 %) avaient reçu des médicaments et possédaient un poids documenté. Au total, 360 médications ont été administrées chez ces patients. L'administration de plusieurs médicaments est survenue dans 73 cas. Le dosage des médicaments était incorrect dans 125 administrations sur 360 (34,7 %). Les erreurs de dosage relatives se répartissent comme suit : albutérol 23,3 %, atropine 48,8 %, diphenhydramine 53,8 % et adrénaline 60,9 %. L'erreur moyenne (± écart-type) dans les cas de surdosage d'adrénaline 1/1 000 par voie intraveineuse/intraosseuse était de 808 % ±428 %. L'erreur moyenne (± écart-type) dans les cas de dosage insuffisant d'adrénaline 1/1 000 par voie intraveineuse/intraosseuse était de 35,5 % ±27,4 %. **Conclusions :** Le dosage des médicaments administrés aux enfants dans le cadre des soins préhospitaliers n'est souvent pas conforme à la plage prescrite en fonction du poids des patients figurant dans leur dossier médical préhospitalier. Les systèmes SMU doivent élaborer des stratégies visant à réduire les erreurs de dosage des médicaments chez l'enfant.	Hoyle, J.D., Davis, A.T., Putman, K.K., Trytko, J.A. et Fales, W.D. (2012). « Medication dosing errors in pediatric patients treated by emergency medical services », *in Prehospital Emergency Care, 16*(1), 59-66.
10.	Les erreurs médicales en milieu extrahospitalier sont probablement courantes. Certaines questions importantes restent toutefois sans réponse quant au type, au niveau de préjudice et à la cause profonde de ces dernières. Les experts et les lignes directrices nationales en matière de sécurité recommandent de divulguer aux patients les erreurs médicales préjudiciables. L'instauration d'une communication avec les patients et les familles au sujet des erreurs médicales témoigne du respect de leur autonomie, appuie la prise de décisions avisées, peut réduire les coûts découlant d'une faute professionnelle et peut contribuer au renforcement de la sécurité des patients. Pourtant, les lignes directrices en vigueur en matière de divulgation ne prennent pas toujours en compte la difficulté de discuter avec les patients des erreurs médicales survenues en milieu extrahospitalier. De fait, les fournisseurs des services médicaux d'urgence (SMU) exercent dans des environnements imprévisibles nécessitant des interventions rapides auprès de patients avec lesquels ils entretiennent uniquement de brèves relations. Les fournisseurs SMU ont également un accès limité aux données médicales des patients et aux ressources ayant trait à la gestion des risques, ce qui peut compliquer encore la tenue de ces discussions. En outre, les erreurs extrahospitalières ne sont parfois découvertes qu'après la prise en charge du patient en milieu hospitalier, ce qui pose la question de savoir qui doit divulguer l'erreur. Les organismes SMU doivent appuyer la divulgation des erreurs extrahospitalières en faisant la promotion d'une culture non punitive en matière de déclaration et de divulgation des erreurs et en élaborant des lignes directrices applicables aux systèmes SMU.	Lu, D.W., Guenther, E., Wesley, A.K. et Gallagher, T.H. (2012). « Disclosure of harmful medical errors in out-of-hospital Care », *in Annals of Emergency Medicine,* 7 août [publication en ligne antérieure à la date d'impression].

N°	Description	Référence
11.	**Objectif :** Déterminer la corrélation entre la qualité du sommeil, la fatigue et les résultats de sécurité déclarés par les fournisseurs des services médicaux d'urgence (SMU) eux-mêmes. **Méthodologie :** Les auteurs ont utilisé un échantillon de commodité des organismes SMU dans le cadre d'une enquête transversale. Ils ont évalué la qualité du sommeil, la fatigue et les résultats de sécurité, respectivement, à l'aide de l'index PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) à 19 items, du questionnaire CFQ (*Chalder Fatigue Questionnaire*) à 11 items et de l'inventaire EMS-SI (*EMS Safety Inventory*) à 44 items. Les auteurs ont employé un processus consensuel pour mettre au point l'inventaire EMS-SI, conçu pour obtenir trois mesures composites des blessures, des erreurs médicales et événements indésirables, et des comportements à risque dans le contexte des SMU. Ils ont effectué une analyse par régression logistique hiérarchique pour tester la corrélation entre la qualité du sommeil, la fatigue et les trois mesures composites des résultats de sécurité des fournisseurs SMU. **Résultats :** Les auteurs ont reçu 547 réponses de la part de 30 organismes SMU (taux de réponse moyen de 35,6 %). Le score PSQI moyen dépassait l'indicateur de mauvaise qualité du sommeil (6,9; intervalle de confiance [IC] de 95 % : 6,6 - 7,2). Plus de la moitié des personnes interrogées ont été jugées en état de fatigue (55 %, IC de 95 % : 50,7 - 59,3). Quatre-vingts pour cent des répondants ont déclaré une blessure (17,8 %, IC de 95 % : 13,5 - 22,1), 41 % ont déclaré une erreur médicale ou un événement indésirable (41,1 %, IC de 95 % : 36,8 - 45,4) et 90 % ont déclaré un comportement à risque (89,6 %, IC de 95 % : 87 - 92). Après vérification des facteurs de confusion, la probabilité d'une blessure, d'une erreur médicale ou d'un événement indésirable, et d'un comportement à risque s'est respectivement avérée 1,9 fois supérieure (IC de 95 % : 1,1 - 3.3), 2,2 fois supérieure (IC de 95 % : 1,4 - 3.3) et 3,6 fois supérieure (IC de 95 % : 1,5 - 8,3) chez les répondants fatigués, en comparaison des répondants exempts de fatigue. **Conclusions :** Dans cet échantillon de fournisseurs SMU, les cas de piètre qualité de sommeil et de fatigue sont fréquents. Les auteurs fournissent des données probantes préliminaires démontrant une corrélation entre la qualité du sommeil, la fatigue et les résultats de sécurité.	Patterson, P.D., Weaver, M.D., Frank, R.C., Warner, C.W., Martin-Gill, C., Guyette, F.X. et coll. (2012). « Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical services providers », *in Prehospital Emergency Care, 16(1),* 86-97.
12.	**Contexte :** Les travaux étudiant les préjudices causés aux patients se sont multipliés au cours de la dernière décennie. Malheureusement, rares sont ceux qui ont été consacrés aux soins préhospitaliers et, à ce titre, les risques inhérents à ce milieu restent non quantifiés et mal compris. Les auteurs ont émis l'hypothèse que les événements indésirables affectant les patients pendant la prise en charge préhospitalière pouvaient s'inscrire dans des schémas identifiables et que la compréhension de ces derniers serait utile pour élaborer des stratégies d'atténuation des risques. **Méthodologie :** Un outil d'enquête a été mis au point d'après la littérature existante sur les facteurs humains. Les ambulanciers paramédicaux d'un vaste service ambulancier australien ont été invités à se remémorer un événement indésirable et à citer les facteurs ayant pu y contribuer. Les réponses ont été soumises à une analyse par composantes principales afin d'identifier les facteurs contributifs pouvant être réunis sur le plan statistique selon des schémas pertinents. **Résultats :** L'enquête a donné lieu à 370 réponses. Huit facteurs contributifs clés et 14 groupes de facteurs contributifs ont été identifiés. Parmi ces groupes, seuls deux ont été fortement corrélés avec des résultats graves pour les patients, tels que la déclaration d'une dégradation importante de l'état de santé ou d'un décès. **Conclusions :** La dégradation de l'état du patient a été identifiée comme le principal facteur contribuant aux événements indésirables en milieu préhospitalier et deux scénarios de tempête ayant causé des préjudices au patient ont contribué sensiblement aux résultats négatifs. Cette démarche visant à identifier à la fois les facteurs isolés contribuant à un incident et les facteurs pouvant être rassemblés selon un schéma s'avère utile pour délimiter le risque inhérent aux soins actifs en milieu préhospitalier et justifie une exploration plus poussée de cette facette et d'autres aspects de la sécurité des patients.	Price, R., Bendall, J.C., Patterson, J.A. et Middleton, P.M. (2012). « What causes adverse events in prehospital care? A human-factors approach », *in Emergency Medicine Journal,* 16 juillet [publication en ligne antérieure à la date d'impression].

N°	Description	Référence
13.	**Introduction.** En 2005, l'American Heart Association (AHA) a publié des lignes directrices en vue d'améliorer les taux de survie en cas d'arrêt cardiaque survenant en milieu extrahospitalier. **Objectif.** Déterminer si - et quand - les organismes de services médicaux d'urgence (SMU) membres du ROC (Resuscitation Outcomes Consortium) ont mis en œuvre ces lignes directrices. **Méthodologie.** Les auteurs ont communiqué avec 178 organismes SMU et mené à bien des entrevues téléphoniques structurées avec 176 d'entre eux. L'enquête a permis de recueillir des données relatives aux protocoles de traitement en vigueur avant et après la mise en œuvre des lignes directrices en 2005 et à la date de transition. La date de transition a ensuite été liée à une base de données décrivant la taille, le type et la structure de chaque organisme. Les techniques de statistique descriptive et de régression ont été employées pour étudier les schémas temporels jusqu'à la transition. **Résultats.** Les lignes directrices de 2005 ont été mises en œuvre par 174 organismes (99 %). Le nombre de jours écoulés entre la publication des lignes directrices et leur mise en œuvre était le suivant : moyenne : 416 jours (écart-type : 172), médiane : 415 jours (plage : 49 à 750). Aucune différence n'a été constatée au niveau du délai de mise en œuvre parmi les organismes de lutte contre l'incendie (432 jours en moyenne), les organismes municipaux hors pompiers (365 jours en moyenne) et les organismes privés (389 jours en moyenne, p = 0,31). Le délai de mise en œuvre s'est avéré plus long dans les organismes n'assurant pas le transport des patients que dans les organismes transportant des patients (463 jours contre 384, p = 0,004). Le délai de mise en œuvre s'est avéré plus long dans les organismes assurant uniquement des soins de base que dans les organismes prodiguant des soins avancés de maintien des fonctions vitales (462 jours en moyenne contre 397, p = 0,03). Les organismes de grande ampleur (> 10 véhicules) ont été en mesure de mettre plus rapidement en œuvre les lignes directrices que les organismes de moindre envergure (386 jours en moyenne contre 442, p = 0,03). En moyenne, la mise en œuvre les lignes directrices a pris 8,9 jours de moins à chaque incrément de 50 % des interventions/an réalisées par un organisme SMU. **Conclusion.** Les organismes SMU membres du ROC ont eu besoin d'un délai moyen de 416 jours pour mettre en œuvre les lignes directrices relatives à la prise en charge des arrêts cardiaques en milieu extrahospitalier publiées par l'AHA en 2005. Les organismes SMU de petite envergure, les organismes assurant uniquement des soins de base et les organismes n'assurant pas le transport des patients ont mis plus de temps à mettre en œuvre ces lignes directrices que les organismes de grande ampleur, les organismes prodiguant des soins avancés de maintien des fonctions vitales et les organismes assurant le transport des patients, respectivement. Il convient d'étudier les causes de ce délai de mise en œuvre des lignes directrices et les méthodes efficaces permettant leur intégration rapide aux connaissances des SMU.	Bigham, B.L., Koprowicz, K., Aufderheide, T.P., Davis, D.P., Donn, S., Powell, J. et coll. (2010). « Delayed prehospital implementation of the 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care », *in Prehospital Emergency Care, 14*(3), 355-60.

N°	Description	Référence
14.	**Objectifs :** À ce jour, la plupart des études portant sur la sécurité des patients ont été menées en contexte hospitalier, et non en milieu préhospitalier et les données relatives aux erreurs survenues dans les services médicaux d'urgence (SMU) sont limitées. Pour combler cette lacune, une étude a été réalisée afin de mieux comprendre le point de vue des praticiens SMU, éducateurs, administrateurs et médecins expérimentés sur les enjeux majeurs en matière de sécurité des patients dans les SMU. Cette étude avait pour objectif d'identifier les enjeux majeurs permettant d'orienter l'élaboration de pratiques exemplaires applicables à la formation, aux politiques et au travail sur le terrain. **Méthodologie :** Une étude qualitative utilisant les processus décrits par Lincoln et Guba (1985) a été menée pour améliorer la qualité et la crédibilité des données et des analyses. Les auteurs se sont servis d'un échantillonnage raisonné pour trouver des informateurs ayant des connaissances et une expertise dans les politiques, les pratiques et la recherche, capables de se prononcer sur l'enjeu de la sécurité des patients. Seize informateurs - dont une majorité de Canadiens (14), les autres étant originaires des États-Unis (1) et d'Europe (1) - ont participé à des entrevues en profondeur. Le nombre moyen d'années d'expérience dans les SMU ou dans des services de soins de santé était de 27 ans et variait de 20 à 32 ans. **Résultats :** Les auteurs ont demandé aux informateurs de dire quels étaient, selon eux, les principaux enjeux de sécurité des patients. Le thème dominant qui est ressorti a été la nécessité d'obtenir une vue d'ensemble des facteurs influant sur la sécurité des patients. Bien que les points de vue du personnel SMU et des médecins se soient naturellement avérés différents, on a constaté une cohérence remarquable dans les enjeux considérés comme les principaux facteurs influant sur la sécurité des patients. Deux thèmes importants se rapportant aux enjeux clés ont été identifiés : la prise de décision clinique et le rôle des SMU et leur relation avec les soins de santé. La formation des SMU présente une lacune et il existe des tensions entre le rôle traditionnel de stabilisation et de transport et le rôle clinique de plus en plus complexe qui s'est imposé en raison de changements dans l'envergure des projets. Si, comme prévu, un rapprochement s'effectue de plus en plus entre les SMU et le secteur de la santé, il est nécessaire de modifier la structure et le processus de formation des SMU pour renforcer leurs compétences en matière de prise de décision clinique. **Conclusion :** D'après les résultats de cette étude, bon nombre d'organismes et de régions sanitaires répondent par leurs propres moyens aux enjeux liés à la sécurité des patients dans les SMU et ces groupes ont des enseignements importants à transmettre. Les enjeux dominants identifiés interviennent toutefois à l'échelle du système et leur prise en charge s'avère plus efficace par le biais d'un changement de politique au niveau des régions sanitaires et du gouvernement.	Atack, L. et Maher, J. (2010). « Emergency medical and health providers' perceptions of key issues in prehospital patient safety », *in Prehospital Emergency Care, 14*(1), 95-102.

N°	Description	Référence
15.	**Introduction :** L'attitude, les croyances et la culture en milieu de travail peuvent influer sur la sécurité des soins prodigués aux patients. Cette étude caractérise les perceptions de la culture de sécurité au sein d'un échantillon national des organismes de services médicaux d'urgence (SMU). **Méthodologie :** Les auteurs ont réalisé une enquête transversale auprès de 61 organismes SMU spécialisés dans les soins avancés de maintien des fonctions vitales en Amérique du Nord, en se servant d'une version modifiée du questionnaire SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*), un outil de sondage permettant d'évaluer plusieurs dimensions de la culture de sécurité en milieu de travail (climat de sécurité, climat du travail d'équipe, perceptions sur l'encadrement, satisfaction au travail, conditions de travail et reconnaissance du stress). Les auteurs ont inclus des ambulanciers paramédicaux à temps plein et à temps partiel et des techniciens médicaux des services d'urgence. Ils ont déterminé la variation des scores relatifs à la culture de sécurité au sein des organismes SMU. À l'aide de modèles hiérarchiques linéaires, les auteurs ont identifié des corrélations entre ces scores et les caractéristiques propres aux professionnels et aux organismes SMU. **Résultats :** Les auteurs ont reçu 1 715 questionnaires remplis de la part de 61 organismes SMU (taux de réponse moyen par organisme : 47 %, IC de 95 % : 10 % - 83 %). Une importante variation des scores relatifs à la culture de sécurité a été constatée parmi les organismes SMU [moyenne (min.; max.)] : climat de sécurité 74,5 (min. 49,9; max. 89,7), climat du travail d'équipe 71,2 (min. 45,1; max. 90,1), perceptions sur l'encadrement 67,2 (min. 31,1; max. 92,2), satisfaction au travail 75,4 (min. 47,5; max. 93,8), conditions de travail 66,9 (min. 36,6; max. 91,4), reconnaissance du stress 55,1 (min. 31,3; max. 70,6). Les organismes SMU assurant le transport médical aérien des patients ont généralement obtenu des scores supérieurs dans tous les domaines relatifs à la culture de sécurité. Une baisse des scores a été associée à la hausse du nombre de patients pris en charge annuellement. Les scores relatifs au climat de sécurité n'ont pas été mis en corrélation avec d'autres caractéristiques propres aux professionnels ou aux organismes SMU. **Conclusion :** Dans cet échantillon, la culture de sécurité en milieu de travail diffère d'un organisme SMU à l'autre.	Patterson, P.D., Huang, D.T., Fairbanks, R.J., Simeone, S., Weaver, M. et Wang, H.E. (2010a). « Variation in emergency medical services workplace safety culture », *in Prehospital Emergency Care*, *14*(4), 448-460.

N°	Description	Référence
16.	**Contexte :** La fatigue est un phénomène courant chez les professionnels du secteur de la santé et un lien de cause à effet a été mis en évidence avec les mauvaises performances et les erreurs médicales. **Objectif :** Caractériser la qualité du sommeil et sa corrélation avec un état de fatigue sévère chez les fournisseurs des services médicaux d'urgence (SMU). **Méthodologie :** Les auteurs ont étudié un échantillon de commodité des fournisseurs SMU ayant répondu à trois questionnaires : l'index PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*), le questionnaire CFQ (*Chalder Fatigue Questionnaire*) et une enquête démographique. Ils ont utilisé des mesures établies pour étudier la psychométrie et effectué des tests t, une analyse de la variance et des tests du chi carré pour identifier les différences entre les scores PSQI et CFQ. **Résultats :** 119 questionnaires ont été remplis. Le plus souvent, les répondants ont déclaré travailler par quarts de huit heures (35,4 %). Une majorité de sujets était en surpoids (41,9 %) ou obèse (42,7 %) et le diagnostic d'un ou plusieurs troubles médicaux (p. ex. diabète) avait été posé chez 59,6 % des répondants. Les résultats des tests de psychométrie étaient positifs. Le score PSQI moyen (± écart-type) était de 9,2 (±3,7). Un score CFQ ≥ 4, indicatif d'un état de fatigue mentale et physique sévère, a été observé chez 44,5 % des sujets. Le score PSQI moyen était plus élevé chez les sujets déclarant une fatigue sévère (11,3 ±3,2) que chez les sujets exempts de fatigue (7,5 ±3,0, $p < 0,0001$). **Conclusions :** Les résultats de cette étude suggèrent que la qualité du sommeil et l'état de fatigue des fournisseurs SMU atteignent des niveaux nuisibles pour la santé. La santé et la sécurité des fournisseurs SMU et des patients doivent être prises en compte à la lumière de ces résultats. **Limites :** Une vaste proportion des sujets (39,3 %) de cette étude étaient âgés de 40 à 49 ans, ce qui s'avère représentatif de la tranche d'âge supérieure et légèrement moins prévalente au sein des SMU, d'après les recherches antérieures sur les effectifs de ces services.	Patterson, P.D., Suffoletto, B.P., Kupas, D.F., Weaver, M.D. et Hostler, D. (2010b). « Sleep quality and fatigue among prehospital providers », *in Prehospital Emergency Care, 14*(2), 187–93.
17.	**Contexte :** La gestion d'urgence des voies respiratoires est une composante importante de la réanimation des patients en état critique. Diverses études ont démontré un taux de réussite variable de l'intubation endotrachéale (IE) pratiquée par les fournisseurs de soins préhospitaliers. Rares sont les données qui décrivent le nombre d'exercices pratiques requis pour atteindre des taux de réussite élevés de l'IE. **Objectifs :** Décrire la corrélation entre le nombre d'IE pratiquées en milieu préhospitalier et la probabilité de réussite de ce geste par la suite et étudier en particulier l'IE sans complications au premier passage dans le cadre d'un programme de formation universitaire doté de ressources importantes. **Méthodologie :** Les auteurs ont effectué une analyse secondaire des tentatives d'intubation en milieu préhospitalier d'une cohorte prospective d'élèves ambulanciers paramédicaux et ont recueilli les données suivantes relatives aux IE en milieu préhospitalier : indication, agents d'induction, nombre de tentatives par laryngoscopie directe et procédures respiratoires avancées réalisées. Ils ont effectué une analyse mutivariée par système généralisé d'estimation (SGE) afin de déterminer l'effet du cumul d'expérience de l'IE au premier passage et des taux de réussite globale de l'IE. **Résultats :** Sur une période de trois ans, 56 élèves ambulanciers paramédicaux ont fait 576 tentatives d'IE en milieu préhospitalier. Une corrélation entre les chances de réussite globale de l'IE et un cumul d'expérience de l'IE a été mise en évidence (rapport des cotes [RC] : 1,097 par IE pratiquée, intervalle de confiance [IC] de 95 % : 1,026 – 1,173, $p = 0,006$). Une corrélation entre les chances de réussite de l'IE au premier passage et un cumul d'expérience de l'IE a été mise en évidence (RC : 1,061 par IE pratiquée, IC de 95 % : 1,014 – 1,109, $p = 0,009$). **Conclusion :** Dans le cadre d'un programme de formation offrant des occasions et ressources cliniques importantes, la hausse des taux de réussite de l'IE a été associée à une exposition clinique accrue. Cependant, l'insertion du tube endotrachéal au premier passage avec un taux élevé de réussite nécessite un nombre important d'exercices pratiques susceptible de dépasser les occasions proposées dans le cadre de nombreux programmes de formation.	Warner, K.J., Carlbom, D., Cooke, C.R., Bulger, E.M., Copass, M.K. et Sharar, S.R. (2010). « Paramedic training for proficient prehospital endotracheal intubation », *in Prehospital Emergency Care, 14*, 103-108.

N°	Description	Référence
18.	**Contexte.** Une importante variation de la culture de sécurité en milieu de travail entre les organismes de services médicaux d'urgence (SMU) a été mise en évidence par des études antérieures. **Objectif.** Déterminer la corrélation entre les scores relatifs à la culture de sécurité en milieu de travail dans le contexte des SMU et les résultats de sécurité pour les patients ou les fournisseurs. **Méthodologie.** Les auteurs ont réalisé une enquête transversale auprès de fournisseurs SMU affiliés aux organismes inclus dans un échantillon de commodité. Ils ont recruté ces organismes à partir d'une agence nationale de gestion des SMU. Les auteurs ont utilisé le questionnaire EMS-SAQ (*EMS Safety Attitudes Questionnaire*) pour évaluer la culture de sécurité en milieu de travail, ainsi que l'outil EMS-SI (*EMS Safety Inventory*) conçu pour enregistrer les résultats de sécurité déclarés directement par les fournisseurs SMU. Le questionnaire EMS-SAQ offre une mesure fiable et valide de six domaines : climat de sécurité, climat du travail d'équipe, perceptions sur l'encadrement, conditions de travail, reconnaissance du stress et satisfaction au travail. Un panel composé de directeurs médicaux, de techniciens médicaux des services d'urgence, d'ambulanciers paramédicaux et de spécialistes de l'épidémiologie du travail a mis au point l'outil EMS-SI pour évaluer l'auto-déclaration des blessures, des erreurs médicales et événements indésirables et des comportements à risque. Les auteurs ont utilisé des modèles hiérarchiques linéaires pour évaluer la corrélation entre les scores EMS-SAQ et les mesures de l'outil EMS-SI relatives aux résultats de sécurité. **Résultats.** Seize pour cent des répondants ont déclaré s'être blessés au cours des trois derniers mois, quatre répondants sur 10 ont signalé une erreur ou un événement indésirable et 89 % d'entre eux ont rapporté des comportements à risque. Les répondants ayant déclaré une blessure ont obtenu un score inférieur dans cinq des six domaines relatifs à la culture de sécurité. Les répondants ayant signalé une erreur ou un événement indésirable ont obtenu un score inférieur dans quatre des six domaines et ceux qui ont rapporté un comportement à risque ont obtenu un score inférieur dans cinq des six domaines. **Conclusions.** Les perceptions individuelles de la culture de sécurité en milieu de travail des fournisseurs SMU sont associées à des mesures composites des résultats de sécurité pour les patients et les fournisseurs. Cette étude fournit des données probantes préliminaires démontrant une corrélation entre la culture de sécurité et les résultats de sécurité pour les patients ou les fournisseurs. **Limites :** La généralisabilité des constatations de cette étude peut s'avérer limitée dans le cas des fournisseurs SMU exerçant dans certains types de modèle de prestation des SMU (p. ex. pompiers). Les employés à temps partiel et les bénévoles étant peu nombreux parmi les répondants, la généralisabilité de ces constatations semble également limitée pour ce type de personnel.	Weaver, M.D., Wang, H.E., Fairbanks, R.J. et Patterson, D. (2012). « The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes », *in Prehospital Emergency Care, 16(1)*, 43-52.

N°	Description	Référence
19.	**Contexte :** L'objectif de cette enquête nationale auprès des services ambulanciers britanniques consistait à fournir une évaluation à jour de la prestation de services pédiatriques en milieu préhospitalier et à identifier les enjeux d'optimisation rencontrés dans la prise en charge de cette population de patients. **Méthodologie :** Des questionnaires ont été envoyés en avril 2009 aux directeurs cliniques de 16 services ambulanciers du NHS au Royaume-Uni. **Résultats :** Les questionnaires remplis ont été renvoyés par 13 (81 %) répondants. Les ambulanciers paramédicaux et la plupart des techniciens médicaux des services d'urgence reçoivent une formation pédiatrique limitée. Le matériel adapté à la prise en charge des enfants s'étoffe de plus en plus, mais les services pédiatriques varient d'un endroit à l'autre. Par exemple, le manque d'agents respiratoires pédiatriques (hors intubation) s'est avéré fréquent et seuls 62 % des répondants ont déclaré disposer d'un oxymètre de pouls convenant à une utilisation chez l'enfant. Parmi les 13 répondants, quatre (31 %) ont jugé « possible ou hautement probable » qu'une personne sans formation spécifique puisse être la première à intervenir auprès d'un enfant dans une situation d'urgence et sept (54 %) ont indiqué que la probabilité était « élevée » pour que les premiers soins soient prodigués par une personne sans qualification spécifique à jour en pédiatrie. Dans de vastes régions du pays, aucun soutien médical officiel n'est disponible à une quelconque heure de la journée. **Conclusions :** Malgré diverses améliorations, la prise en charge pédiatrique par le personnel de première ligne est limitée par les ressources et la disponibilité du personnel compétent. Souvent, les normes acceptées ne sont pas appliquées. Il est recommandé d'organiser une vérification collaborative, des travaux de recherche et des démarches de formation entre les services et les fiducies de santé en soins actifs pour répondre aux exigences locales en matière de prestation de service. Cela permettra de réduire les écarts et de préserver la sécurité des patients et la qualité des soins.	Houston, R. et Pearson, G.A. (2010). « Ambulance provision for children: A UK national survey », *in Emergency Medicine Journal*, 27, 631-636.

N°	Description	Référence
20.	**Contexte :** La fibrillation ventriculaire survient dans 10 % à 20 % des cas d'arrêt cardiaque chez l'enfant. Les taux de survie chez les enfants présentant une fibrillation ventriculaire peuvent atteindre jusqu'à 30 % lorsque ce trouble du rythme cardiaque est identifié et traité rapidement. Au cours des cinq dernières années, l'usage des défibrillateurs automatiques a été recommandé chez les enfants âgés d'un à huit ans. **Objectif :** Déterminer la sensibilisation aux lignes directrices de l'ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) et aux protocoles d'État concernant l'usage des défibrillateurs automatiques chez les enfants âgés d'un à huit ans parmi les fournisseurs des services médicaux d'urgence après la publication de nouvelles lignes directrices. La disponibilité des défibrillateurs automatiques à usage pédiatrique a également été évaluée. **Méthodologie :** Des questionnaires ont été distribués aux fournisseurs SMU de l'Iowa et du Montana dans l'année suivant l'avis de sécurité de l'ILCOR de 2003 recommandant l'usage des défibrillateurs automatiques chez les enfants âgés d'un à huit ans, puis une nouvelle fois environ un an après la publication des lignes directrices 2005 de l'ILCOR sur la réanimation cardiopulmonaire. Dans l'Iowa, d'importants efforts ont été entrepris pour diffuser l'information sur l'usage des défibrillateurs automatiques chez l'enfant, contrairement au Montana. **Résultats :** En 2003, la sensibilisation aux lignes directrices de l'ILCOR relatives à l'usage des défibrillateurs automatiques chez l'enfant était faible dans les deux États (29 % dans l'Iowa contre 9 % dans le Montana, $p < 0,001$). Après la publication des lignes directrices en 2005, la sensibilisation s'est sensiblement accrue dans les deux États, mais est restée nettement plus élevée dans l'Iowa (83 % contre 60 %, $p < 0,002$). En 2003, moins de 20 % des répondants des deux États avaient déclaré avoir accès aux défibrillateurs automatiques à usage pédiatrique. La disponibilité des électrodes et câbles pédiatriques s'est considérablement accrue en 2006, mais est restée faible dans le Montana (74 % dans l'Iowa contre 37 % dans le Montana, $p < 0,001$). **Conclusions :** À l'heure actuelle, la publication de lignes directrices nouvelles ou provisoires dans la seule littérature scientifique s'avère insuffisante pour garantir la mise en œuvre de nouveaux protocoles. Il est indispensable de mettre au point une méthode efficace et efficiente de diffusion des nouveaux protocoles en matière de soins extrahospitaliers d'urgence en pédiatrie pour que ces derniers soient appliqués de façon normalisée en temps opportun. **Limites :** L'échantillon de l'étude était plus réduit dans le cas du deuxième questionnaire en 2006. Le nombre de réponses reçues était inférieur d'environ un tiers, voire de moitié, par rapport à l'enquête initiale. Les fournisseurs les plus sensibilisés et bénéficiant d'un meilleur accès à l'équipement sont susceptibles de représenter une proportion importante des répondants, ce qui conduirait à une surestimation de la sensibilisation et de l'accès.	Haskell, S.E., Kenney, M.A., Patel, S., Sanddal, T.L., Altenhofen, K.L., Sanddal, N.D. et Atkins DL. (2008). « Awareness of guidelines for use of automated external defibrillators in children within emergency medical services », *in Resuscitation, 76(3)*, 354–359.

N°	Description	Référence
21.	**Contexte :** Le rôle des ambulanciers paramédicaux spécialisés évolue, lui permettant d'évaluer et de traiter les patients au sein de la collectivité. Un service britannique dirigé par des ambulanciers paramédicaux praticiens au champ d'exercice étendu a pour mission de prendre en charge à domicile, le cas échéant, les personnes âgées présentant des affections et blessures aiguës mineures, évitant ainsi leur transfert superflu au service d'urgence. **Objectifs :** Évaluer la sécurité des décisions cliniques prises par les ambulanciers paramédicaux praticiens exerçant dans ce nouveau service. **Méthodologie :** Dans le cadre d'un essai comparatif randomisé par grappes, les patients âgés de > 60 ans ayant pris contact avec les services médicaux d'urgence (SMU) pour une blessure ou affection mineure ont été inclus dans l'étude. La sécurité de l'intervention des nouveaux ambulanciers paramédicaux praticiens a été comparée aux pratiques normalisées de transfert par les SMU et de traitement au service d'urgence. Les résultats comprenaient l'intervention non planifiée du service d'urgence dans les sept jours suivant l'épisode de référence. Les dossiers cliniques ont été notés indépendamment par deux cliniciens principaux exerçant en service d'urgence afin d'identifier les épisodes connexes, les épisodes ultérieurs évitables et les soins de qualité sous-optimale. **Résultats :** Parmi les 2 025 patients inclus dans cette analyse, 219 (10,9 %) ont fait l'objet d'une prise en charge non planifiée au service d'urgence dans un délai de sept jours. Parmi eux, 162 patients (74,0 %) ont présenté à nouveau un trouble en rapport avec leur épisode de référence. Les évaluateurs indépendants ont convenu que la qualité des soins était sous-optimale dans 83,4 % des cas. La corrélation avec une qualité des soins sous-optimale a été établie d'un commun accord pour seize épisodes (0,80 %). Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes d'intervention et les groupes témoins en ce qui concerne les cas de nouvelle hospitalisation dans les sept jours en raison d'un trouble connexe ou les taux de soins jugés de qualité sous-optimale. **Conclusions :** Cette étude suggère que la prise en charge au sein de la collectivité des personnes âgées présentant des troubles aigus mineurs par des ambulanciers paramédicaux praticiens ayant reçu une formation adaptée est aussi sécuritaire que le transfert normalisé par les SMU et le traitement dans un service d'urgence.	Mason, S., Knowles, E., Freeman, J. et Snooks, H. (2008). « Safety of paramedics with extended skills », *in Academic Emergency Medicine, 15(7)*, 607–612.

N°	Description	Référence
22.	**Objectif :** Les services médicaux d'urgence (SMU) prodiguent des soins aux patients présentant des affections ou blessures aiguës dans des environnements moins contrôlés que les autres milieux médicaux. Bien que l'on recense divers comptes rendus relatifs à des événements indésirables précis dans le contexte des SMU, il existe peu de descriptions plus larges. Cette étude vise à caractériser les types, les fréquences et les issues des événements indésirables associés aux réclamations en responsabilité civile délictuelle à l'encontre des fournisseurs SMU. **Méthodologie :** Les auteurs ont effectué un examen rétrospectif des demandes d'indemnisation reçues par un assureur national des organismes SMU. Ils ont étudié les demandes d'indemnisation closes et ouvertes du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2004 découlant de cas d'intervention ou de prestation de soins par les SMU associés à une blessure des patients ou de tiers. Ils ont exclu les incidents associés uniquement à une blessure du personnel, les incidents ayant uniquement causé des dommages aux biens ou aux véhicules et les accidents de véhicules d'urgence ayant engendré des coûts totaux réels ou estimés inférieurs à 10 000 $. Ces chercheurs ont identifié la catégorie de l'événement indésirable, les caractéristiques des unités d'urgence intervenantes, les personnes blessées, les blessures connexes et le montant total des coûts réels ou estimés. **Résultats :** Parmi les 326 réclamations incluses dans l'analyse, les événements indésirables suivants ont été recensés : accident ou déplacement d'un véhicule d'urgence (n = 122; 37 %; intervalle de confiance [IC] de 95 % : 32 % - 43 %), manipulation des patients (n = 118; 36 %; IC de 95 % : 31 % - 41 %), prise en charge clinique (n = 40; 12 %; IC de 95 % : 9 % - 16 %), événements liés à l'intervention ou au transport (n = 25; 8 %; IC de 95 % : 5 % - 11 %) et autres événements (n = 33; 10 %; IC de 95 % : 7 % - 14 %). Les blessures connexes comprenaient le décès (n = 54; 17 %; IC de 95 % : 13 % à 21 %), les blessures invalidantes ou mettant en jeu le pronostic vital (n = 25; 8 %; IC de 95 % : 5 % - 11 %) et les blessures ne mettant pas la vie en danger ou autres blessures (n = 247; 76 %; IC de 95 % : 71 % - 80 %). Le montant total médian estimé des coûts engagés s'élevait à 17 000 $ (intervalle interquartile : 7 000 $ à 42 000 $). **Conclusion :** Les accidents de véhicules d'urgence et les erreurs de manipulation des patients sont les événements indésirables les plus fréquemment associés à des réclamations en responsabilité civile délictuelle à l'encontre des organismes SMU. La prise en charge clinique et les autres incidents se sont avérés moins fréquents. Cette initiative met en lumière les domaines possibles d'amélioration des interventions et des soins dans les SMU.	Wang, H.E., Fairbanks, R.J., Shah, M.N,, Abo, B.N. et Yealy, D.M. (2008). « Tort claims and adverse events in emergency medical services », *in Annals of Emergency Medicine, 52*(3), 256-262.

N°	Description	Référence
23.	**Objectif :** Malgré l'usage répandu des protocoles de traitement normalisés, les données publiées au sujet du respect des protocoles paramédicaux sont rares. Dans le cadre de cette étude descriptive, les auteurs ont cherché à évaluer la fréquence et la nature des écarts par rapport au protocole de traitement normalisé lorsque le motif de consultation est une douleur thoracique. Ils ont également voulu quantifier tout retard de traitement d'une douleur thoracique potentiellement ischémique. **Méthodologie :** Un examen rétrospectif de la documentation écrite obtenue auprès de quatre services ambulanciers d'un État du centre du littoral de l'Atlantique a été réalisé. Un échantillon de commodité de dossiers consécutifs des services médicaux d'urgence (SMU) a été constitué pour la période allant de janvier 2001 à mai 2002 et 75 sorties par service ont été sélectionnés (N = 300). **Résultats :** Aucune variation des temps médians passés sur le lieu d'intervention et des délais d'intervention n'a été constatée entre les quatre services à l'étude. Pourtant, le service ambulancier suburbain (service 1) avait un temps de transport considérablement supérieur (19 minutes) à celui du service rural (14 minutes) et des services urbains (11 et 10 minutes) ($p < 0,05$). La documentation des antécédents et des caractéristiques physiques différait grandement d'un service à l'autre. Bien que le patient ait pris de l'aspirine avant l'arrivée des SMU dans 10 % des cas, les ambulanciers paramédicaux en ont administré en complément dans 50 % des cas et ont administré de la nitroglycérine dans 73 % des cas de suspicion d'une ischémie cardiaque. Les signes vitaux après administration de nitroglycérine ont été documentés dans 30 % des cas dans trois services sur quatre, tandis que l'autre service les a documentés dans 75 % des cas. La prise de contact avec le poste de commandement d'ambulances variait d'un organisme à l'autre (80 % à 100 %), tout comme la réception et l'exécution des ordonnances. **Conclusions :** Les ambulanciers paramédicaux sont susceptibles de retarder le transport des patients en cas de suspicion d'ischémie cardiaque. Les cas de non-respect du protocole sont fréquents et les soins documentés en milieu préhospitalier pour les patients présentant une douleur thoracique sont variables. Les soins prévus et décrits dans les protocoles écrits ne correspondent pas au traitement documenté. **Limites :** Cette étude se limite à une analyse descriptive et rétrospective des feuilles de route en cas de douleur thoracique. En outre, elle porte uniquement sur l'évaluation et le traitement tels qu'ils ont été documentés par les ambulanciers paramédicaux et peut donc ne pas donner une représentation exacte du niveau d'évaluation et de soins assuré sur l'ensemble des sorties.	Rittenberger, J.C., Beck, P.W. et Paris, P.M. (2005). « Errors of omission in the treatment of pre-hospital chest pain patients », *in Prehospital Emergency Care*, *9*(1), 2-7.

N°	Description	Référence
	Littérature grise	
24.	Divers rapports nationaux ont fait part de certaines préoccupations quant aux soins prodigués aux patients gravement malades ou blessés en milieu préhospitalier et ont reconnu qu'il était possible de sauver davantage de vies. La fiducie des services ambulanciers SECAmb (South East Coast Ambulance) du NHS a répondu à cet enjeu en formant des ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé aux capacités cliniques supérieures. Ce rapport met en évidence les principales constatations et les enseignements clés issus d'une évaluation de ce programme. Il étudie les réalisations et les problématiques inhérentes à l'innovation clinique au sein de la SECAmb dans le cadre du traitement des patients à haut risque. Bon nombre de rapports nationaux ont reconnu la nécessité d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients à haut risque en milieu hospitalier et préhospitalier et de diminuer le nombre des quelque 450 à 770 décès évitables survenant chaque année en Angleterre. Le système médical d'urgence étatsunien atteint des taux de mortalité inférieurs de 20 % à ceux constatés au Royaume-Uni chez les victimes de traumatisme et se fonde sur le recours aux ambulanciers paramédicaux plutôt qu'aux médecins dans le milieu préhospitalier; ces systèmes incluent parfois la présence médicale « virtuelle » en ligne, jour et nuit et sept jours sur sept, d'un dispositif de télémesure sur le lieu d'intervention, le cas échéant. Cette technologie est peut-être plus largement appliquée au Royaume-Uni. La conception du système étatsunien est souvent désignée sous le nom de « modèle anglo-américain », par opposition au « modèle franco-allemand » dans lequel les ambulanciers paramédicaux sont remplacés par des médecins. Le concept de fonctionnement utilisé dans le cadre de cette étude repose sur le modèle anglo-américain de prestation des services ambulanciers, en particulier sur la variante de Melbourne (Australie) actuellement mise au point par la SECAmb, concernant la formation de niveau spécialisé des ambulanciers paramédicaux permettant de traiter plus efficacement les patients à haut risque en milieu préhospitalier. Les ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé ont développé une base de connaissances cliniques de niveau supérieur en portant une attention particulière à l'évaluation du patient, ainsi que certaines compétences cliniques liées à la gestion des voies respiratoires et à la prise en charge cardiovasculaire. Ces professionnels sont actuellement sous-utilisés dans le cadre des transferts de patients en phase critique et il s'avère possible d'instaurer une collaboration plus étroite avec les fournisseurs de soins secondaires (en milieu hospitalier) pour élargir la disponibilité de ce service. Les données probantes internationales ne permettent pas de déterminer avec certitude si les médecins sauvent davantage de vies ou obtiennent de meilleurs résultats cliniques en milieu préhospitalier que les ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé, mais le fonctionnement des systèmes de soins dans lesquels les médecins jouent le rôle des ambulanciers paramédicaux a un coût de revient nettement supérieur. L'analyse coût-bénéfice démontre qu'une vie sauvée « vaut » 34 000 £ pour les ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé, contre 252 000 £ pour les médecins exerçant les mêmes fonctions sur le terrain. La contribution des médecins, bien qu'importante aux yeux des services ambulanciers, s'avérera probablement la plus efficace du point de vue économique lorsqu'elle s'attachera à la gouvernance clinique et au contenu pédagogique « de haut niveau » plutôt qu'à la réalisation de tâches redondantes pouvant être prises en charge par les ambulanciers paramédicaux pour un coût bien inférieur.	The National Institute for Health Research (NHS). (2011). *Critical care paramedics*. The Ambulance Service Network (ASN), The NHS; Londres, Royaume-Uni.

N°	Description	Référence
25.	Chaque jour, des patients sont exposés à des risques de préjudice dans le système de soins de santé. Le personnel des services médicaux d'urgence (SMU) doit souvent intervenir dans des contextes difficiles et instables, qui peuvent poser des risques pour les patients. Pour commencer à aborder concrètement les enjeux actuels de sécurité des patients dans les SMU, les directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) et la Calgary EMS Foundation se sont associés à l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) afin de financer la rédaction d'un mémoire de recherche sur la sécurité des patients dans le contexte particulier des SMU. Les travaux se sont divisés en trois phases : une analyse documentaire, des entrevues qualitatives avec des informateurs-clés du Canada et de l'étranger et une table ronde réunissant des leaders des SMU et des experts en sécurité des patients pour discuter des succès, des défis et de l'orientation future de la sécurité des patients dans les soins préhospitaliers au Canada. **Analyse documentaire :** La première phase de la recherche consistait à effectuer une analyse documentaire complète afin de rassembler toutes les connaissances actuelles sur la sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence, ce qui a donné 4 274 résultats. Sur les 71 ressources considérées dans le cadre de l'examen, deux seulement étaient des essais comparatifs randomisés et la plupart étaient des examens rétrospectifs de dossiers médicaux. Mis à part de rares recherches de qualité, il était clair qu'un grand nombre de questions importantes et pertinentes sur la sécurité dans les SMU n'avaient pas été explorées par la littérature. **Entrevues avec les informateurs-clés :** Les auteurs ont communiqué avec 20 informateurs-clés du Canada et de l'étranger, sélectionnés par le comité consultatif pancanadien, afin de recueillir leur point de vue sur la sécurité des patients dans les SMU. Parmi ces informateurs figuraient des ambulanciers paramédicaux, des administrateurs, des éducateurs, des médecins, des experts en sécurité des patients, d'autres professionnels paramédicaux, ainsi qu'un patient. Des chercheurs chevronnés ont mené des entrevues qualitatives avec 16 informateurs-clés et analysé les données pour dégager les idées les plus répandues. Le jugement clinique et la formation nécessaires pour prendre des décisions cohérentes ont été largement cités comme étant le principal risque pour la sécurité des patients, ce qui s'explique principalement par la culture de sécurité publique des SMU. Les fournisseurs SMU au Canada obtiennent leur diplôme de formation de premier niveau au terme d'une à deux années d'études dans un collège communautaire. Ils peuvent ensuite suivre une formation de niveau avancé ou spécialisé ou obtenir un certificat en transport médical aérien après un complément d'études et une initiation au travail. Ce n'est pas une profession de la santé réglementée à l'heure actuelle. Dans la plupart des provinces, les fournisseurs SMU posent des actes médicaux sous la supervision d'un directeur médical et en vertu du permis d'exercice de ce dernier, émis par l'Ordre des médecins et chirurgiens de la province ou du territoire concerné. L'Association médicale canadienne est responsable de l'agrément de la formation des ambulanciers paramédicaux. Les participants ont divergé d'opinion sur la question d'une profession de la santé réglementée, par opposition à une médecine « protocolisée »; toutefois, des deux côtés, les participants estimaient que leur approche pouvait réduire les problèmes de sécurité des patients. La plupart des informateurs-clés ont sous-estimé l'importance des incidents médicamenteux et des collisions de véhicules, indiquant que, bien que faciles à recenser et à étudier, les événements indésirables liés à ces deux éléments n'étaient pas les plus nuisibles à la sécurité des patients.	Bigham, B.L., Morrison L.J., Maher, J., Brooks, S.C., Bull, E., Morrison, M. et coll. (2009). « La sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence : Promouvoir et harmoniser une culture de sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence (SMU). » Institut canadien pour la sécurité des patients. Institut canadien pour la sécurité des patients. Canada.

N°	Description	Référence
	Table ronde : Les auteurs ont invité plus de 60 experts dans le domaine de la sécurité des patients et des SMU à se réunir à Niagara Falls (Ontario), à l'occasion d'une table ronde d'une journée sur la sécurité des patients dans les SMU. Le programme de la journée comportait des exposés mettant en lumière les résultats de l'analyse documentaire et de la recherche qualitative, suivis de trois ateliers et de discussions de groupe pour amorcer le dialogue sur les aspects suivants : les résultats de la recherche et les écarts dans ces résultats, les pratiques exemplaires actuelles, les interventions et programmes propres à réduire au minimum ou à atténuer les risques potentiels pour la sécurité des patients et l'élaboration d'un plan d'action concerté pour améliorer la sécurité des patients dans les SMU au Canada. La rencontre a porté essentiellement sur l'amélioration du jugement clinique et de la formation comme moyen de réduire le nombre d'événements indésirables. Les participants ont relevé neuf priorités stratégiques pour améliorer la sécurité des patients dans les SMU (p. ex. faire de la sécurité des patients une priorité stratégique et une valeur collective au sein des organismes et de la profession; créer un système de déclaration et d'apprentissage sur le Web, accessible jour et nuit, sept jours sur sept, qui enregistrerait les événements indésirables et les accidents évités de justesse dans le contexte préhospitalier).	

SECTION IV

Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées:

Analyse de la Documentation – Partie II

Table des matières
Analyse de la Documentation Partie II

Objectifs.....*page 2*

Méthodes de collecte des études et publications.....*page 2*

Résumé des principales constatations de cet examen.....*page 3*

Description des constatations.....*page 4*

Annexe A

Tableau 1: Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis par la NHTSA aux États-Unis.....*page 16*

Tableau 2 : Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis au Royaume-Uni.....*page 17*

Tableau 3 : Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis en Australie et en Nouvelle-Zélande.....*page 19*

Annexe B

Tableau 4 : Documentation sur l'exercice des professions d'ambulancier paramédical et d'auxiliaire médical d'urgence, sur la collaboration interprofessionnelle et sur les services paramédicaux communautaires.....*page 23*

Examen de la documentation sur la sécurité des patients et les fournisseurs SMU non-médecins

UNITÉ DE LA PLANIFICATION – PRODUIT # 274

Prépare par l'Unité de la planification
Direction de la planification, de la recherche et de l'analyse
Division de la stratégie et des politiques du système de sante
Ministère de la Sante et des Soins de longue durée
Novembre 2012

Veilliez noter que cet examen de la documentation n'est pas exhaustif en ne se veut qu'un résume de l'information tirée de différentes sources. De plus, cet examen ne reflète ni les objectifs ni la position en matière de politique du ministère de la Sante et des Soins de longue durée. Si vous faites référence a une publication mentionnée dans ces pages, veuillez citer la source originale et non pas notre recherche documentaire.

OBJECTIFS

Les objectifs du demandeur étaient d'étudier : 1) l'exercice des professions d'ambulancier paramédical et d'auxiliaire médical d'urgence; 2) la collaboration interprofessionnelle entre les personnes occupant ces postes; et 3) les services paramédicaux communautaires.

Aux fins du présent examen, l'exercice de la profession fait référence aux profils d'emploi, au champ d'exercice, aux modèles d'activité (c'est-à-dire les types de tâches incombant aux ambulanciers paramédicaux et aux auxiliaires médicaux d'urgence) et aux niveaux d'instruction requis de ces professions. La collaboration interprofessionnelle désigne la façon dont les ambulanciers paramédicaux et les auxiliaires médicaux d'urgence travaillent ensemble et aux côtés d'autres professionnels de la santé sur le terrain (y compris les problématiques éventuelles et les meilleures pratiques existantes). Le présent examen porte sur les pays suivants : États-Unis, Royaume-Uni, Australie et Nouvelle-Zélande.

MÉTHODES DE COLLECTE DES ÉTUDES ET PUBLICATIONS

Nous nous sommes servis de la base de données électronique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, de la base de données PubMed et de Google Scholar pour colliger les articles révisés par des pairs et les articles de synthèse. De plus, nous avons consulté Google et des sites Web gouvernementaux pertinents pour découvrir la littérature grise sur le sujet. Comme nous avons limité nos recherches aux sources anglophones, il se pourrait que notre examen de la documentation ne soit pas pleinement représentatif des initiatives dans les pays non anglophones.

Nous avons utilisé les vedettes-matières « personnel paramédical », « techniciens médicaux des services d'urgence », « formation », « autorisation d'exercer », « accréditation », « contrôle social formel », « contrôle social informel » et « autonomie professionnelle », « relations interprofessionnelles », « services médicaux d'urgence », « professionnel paramédical », « continuité des soins aux patients », « communication », « service de santé communautaire », « États-Unis », « Australie », « Grande-Bretagne » et « Nouvelle-Zélande » en combinaison avec les mots clés suivants pour faire ressortir les articles et les documents pertinents : « champ d'exercice de la profession », « modèle d'activité », « réglementation », « niveau d'instruction requis », « normes de formation », « actes autorisés », « soins préhospitaliers d'urgence »; « médecine d'urgence », « collaboration interprofessionnelle », « services paramédicaux communautaires », « ambulancier paramédical communautaire », « modèles paramédicaux communautaires », « ambulanciers paramédicaux praticiens au champ d'exercice étendu », « transfert des soins du patient », « transfert des patients » et « ambulancier paramédical ».

Nous avons, au total, colligé 46 références : 4 articles de synthèse, 19 articles originaux parus dans des publications scientifiques revues par des pairs et 23 documents issus de la littérature grise. Nous vous présentons, dans le tableau 4 en annexe, tous les détails relatifs aux sources citées dans le présent examen de la documentation. La recherche et la rédaction de ce rapport ont nécessité cinq jours de travail à raison de trois personnes par jour.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS DE CET EXAMEN

Exercice de la profession dans d'autres pays

- Les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont instauré plusieurs niveaux d'exercice différents au sein des services d'urgence de leurs territoires de compétence respectifs, le titre d'ambulancier paramédical étant reconnu comme le plus élevé.
- Les régimes de réglementation nationaux en vigueur aux États-Unis et au Royaume-Uni sont davantage normalisés et mieux ancrés qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Élargissement du champ d'exercice de la profession

- Le rôle des ambulanciers paramédicaux s'est étoffé dans certains pays comme le Royaume-Uni, les États-Unis, le Canada et l'Australie. Par exemple, ces derniers ont davantage d'autorité dans la prise des décisions relatives au traitement et à la sortie des patients ou peuvent prendre part à des initiatives de grande ampleur comme les campagnes de vaccination.
    - Dans certains cas, l'élargissement du champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical s'est accompagné de la création de nouvelles appellations d'emploi et descriptions de poste, comme celles de praticien médical d'urgence ou d'ambulancier paramédical praticien, mais aussi de l'élaboration de nouveaux modèles d'activité et de collaboration interprofessionnelle.
- Cet élargissement du champ d'exercice de la profession présente notamment l'avantage de réduire les coûts pesant sur le système de santé, d'accroître la commodité et l'accessibilité des soins et de renforcer les ressources communautaires dans le secteur de la santé.
- Parmi les préoccupations, citons la nécessité d'instaurer davantage de pratiques fondées sur des données probantes, l'aptitude des ambulanciers paramédicaux à déterminer l'utilité d'un transport médicalisé et la sécurité des patients.

Collaboration interprofessionnelle

- La perte d'information intervenant lors du transfert d'un patient fait partie des principaux thèmes abordés dans la documentation consacrée aux enjeux; les solutions visant à accroître l'efficacité du transfert des soins et à minimiser cette perte d'information se fondent sur l'utilisation de processus et de modèles structurés, sur l'amélioration de la formation pluridisciplinaire et sur l'implication de membres du personnel compétents et expérimentés.
- Les articles proposant une analyse des modèles efficaces de collaboration interprofessionnelle entre les fournisseurs SMU mettent en lumière divers facteurs tels que l'importance du respect et de la communication; les bénéfices à long terme d'un meilleur travail d'équipe; la valeur des partenariats entre les ambulanciers paramédicaux et d'autres professionnels de la santé; et les possibilités de prise en charge des besoins offertes par les ambulanciers paramédicaux communautaires au champ d'exercice étendu (« services paramédicaux communautaires ») dans les collectivités éloignées.

DESCRIPTION DES CONSTATATIONS

Traditionnellement[a], le rôle des ambulanciers paramédicaux et des auxiliaires médicaux d'urgence consistait à prodiguer les premiers soins de base et à assurer le transport des patients (Ball, 2005; Al-Shaqsi, 2010), mais leur champ d'exercice a été étendu récemment dans plusieurs pays, notamment au Royaume-Uni (Cooke, 2006), aux États-Unis, au Canada et en Australie (Krumperman, 2010). Par exemple, les ambulanciers paramédicaux sont habilités à prendre davantage de décisions relatives au traitement et à la sortie des patients (Cooper et coll., 2009) ou peuvent prendre part à des initiatives de grande ampleur comme les campagnes de vaccination (Krumperman, 2010). Ces évolutions ont été motivées en partie par le souhait de réduire les transports en ambulance superflus (Brown et coll., 2009), de pallier la pénurie de main-d'œuvre du secteur de la santé, en particulier dans les régions rurales et éloignées (Raven et coll., 2006) et de prodiguer aux patients un traitement plus commode et plus rapide (Cooke, 2006). Dans certains pays, l'élargissement du champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical s'est accompagné de la création de nouvelles appellations d'emploi et descriptions de poste, comme celles de praticien médical d'urgence ou d'ambulancier paramédical praticien, mais aussi de l'élaboration de nouveaux modèles d'activité — les services paramédicaux communautaires, par exemple — et de nouveaux modes de collaboration interprofessionnelle.

La section 1 du présent examen récapitule les différents profils d'emploi correspondant aux professions d'ambulancier paramédical et d'auxiliaire médical d'urgence aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande. La section 2 expose les bénéfices et les risques perçus quant à l'élargissement du champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical. La section 3 présente la documentation récente portant sur la collaboration interprofessionnelle entre les ambulanciers paramédicaux et les autres professionnels de la santé.

Aux fins du présent examen, les praticiens médicaux d'urgence sont définis de la façon suivante : « infirmiers ou ambulanciers paramédicaux expérimentés occupant des postes autonomes mais collaboratifs en milieu extrahospitalier et assurant l'examen, le traitement, la sortie (ou l'aiguillage) des patients présentant principalement des troubles mineurs » [traduction libre]. Les ambulanciers paramédicaux praticiens agissent dans la même optique et exercent les mêmes prérogatives que les praticiens médicaux d'urgence, mais dans les limites de la profession d'ambulancier paramédical (Cooper et coll., 2009)[b].

---

[a] Ce modèle spécifique de prestation des services médicaux d'urgence a été mis en œuvre aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande, au Sultanat d'Oman et en Australie, entre autres. En comparaison, le rôle des services d'urgence en Europe continentale répond plus généralement à la doctrine dite « stay and stabilize » (rester sur place et stabiliser l'état du patient), articulée autour de la réalisation d'interventions plus poussées sur le terrain et du « transport des patients à l'hôpital », au lieu de viser la minimisation des interventions et le « transport des patients à l'hôpital » dans les plus brefs délais (Al-Shaqsi, 2010).

[b] Les ambulanciers paramédicaux au champ d'exercice étendu peuvent également répondre à d'autres appellations d'emploi ou descriptions de poste, parmi lesquelles on peut notamment citer : l'ambulancier paramédical communautaire (basé dans les cabinets de médecine générale), l'ambulancier paramédical de niveau spécialisé (basé dans les unités de soins intensifs en milieu hospitalier) et l'ambulancier paramédical préposé au traitement et à l'aiguillage des patients (basé dans les unités de prise en charge des blessures mineures/les centres sans rendez-vous) (Ball, 2005). D'autres appellations d'emploi courantes et champs d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical figurent à la section 1 et dans l'annexe A, où sont décrits les niveaux d'accréditation et d'autorisation d'exercer en vigueur dans les quatre pays à l'étude.

1. Champs d'exercice de la profession par pays

1.1 États-Unis

Le NREMT (National Registry of Emergency Medical Technicians) délivre les certificats nationaux d'accréditation des techniciens médicaux des services d'urgence et des ambulanciers paramédicaux aux États-Unis. Toutefois, certains États disposent de leur propre programme d'accréditation et ont créé des appellations d'emploi différentes. Les tâches ou procédures que les techniciens médicaux des services d'urgence et les ambulanciers paramédicaux sont habilités à exécuter en fonction du niveau d'accréditation varient d'un État à l'autre (département du Travail des États-Unis, 2012).

1.1.1 Niveaux d'accréditation du NREMT

Le NREMT propose actuellement cinq niveaux d'accréditation des professionnels médicaux d'urgence (NREMT, 2012a) :

- Premier intervenant (environ 40 heures de formation)
- Technicien médical des services d'urgence – Niveau élémentaire (environ 110 heures de formation)
- Technicien médical des services d'urgence – Niveau intermédiaire/85 et Technicien médical des services d'urgence – Niveau intermédiaire/99 (environ 200 à 400 heures de formation)
- Ambulancier paramédical (1 000 heures de formation ou plus) (NREMT, 2012b)

Pour atteindre chacun des niveaux d'accréditation susmentionnés, le NREMT exige la validation d'une formation SMU par le biais d'une évaluation pratique des performances et d'un examen sur ordinateur (NREMT, 2012c).

1.1.2. Niveaux d'autorisation d'exercer de la NHTSA (National Highway Traffic Safety Administration)

La NHTSA (National Highway Traffic Safety Administration) définit également quatre niveaux d'autorisation d'exercer dans le cadre du modèle de champ d'exercice national des SMU (*National EMS Scope of Practice Model*) aux États-Unis (NHSTA, 2007) :

- Répondant médical d'urgence
- Technicien médical des services d'urgence
- Technicien médical des services d'urgence de niveau avancé
- Ambulancier paramédical

Le champ d'exercice national des SMU vise à orienter l'élaboration de la législation, des règles et de la réglementation relatives au champ d'exercice de la profession dans chaque État (NHTSA, 2007). À l'heure actuelle, l'accréditation du NREMT est requise dans 46 États pour obtenir un permis d'exercer une profession dans les SMU. Certains États exigent le maintien de l'accréditation auprès du NREMT pour habiliter les fournisseurs SMU à exercer sans interruption, tandis que d'autres ont instauré leur propre système de renouvellement des permis. Tous les fournisseurs SMU sont tenus de suivre une formation continue (NREMT, 2012b).

1.1.3. Différence entre l'accréditation et l'autorisation d'exercer

Comme le souligne le NREMT (NREMT, 2012d), il existe plusieurs différences capitales entre l'accréditation et l'autorisation d'exercer :

- L'accréditation est : (1) un processus volontaire; (2) délivrée par un organisme privé; et (3) utilisée aux fins de fournir des renseignements publics sur les personnes ayant mené à bien un processus d'accréditation (lequel implique généralement l'obtention du niveau d'instruction requis et la validation des tests prescrits) et démontré leur capacité à exercer leur profession de manière compétente.
- L'autorisation d'exercer se caractérise par l'octroi, en application du pouvoir de police de l'État, d'une autorisation légale d'exercer une profession dans le cadre d'un champ d'exercice défini. En vertu de ce système, les États définissent par voie législative les activités et la fonction ou le champ d'exercice d'une profession et prennent les mesures qui s'imposent pour que ces tâches puissent être exercées légalement par les seuls détenteurs d'une autorisation d'exercer. Par voie de conséquence, quiconque n'a pas obtenu cette autorisation n'a pas le droit d'exercer la profession correspondante, indépendamment de l'obtention éventuelle d'une accréditation auprès d'un organisme privé.

La confusion entre les termes « accréditation » et « autorisation d'exercer » a pu naître du fait qu'un grand nombre d'États emploient le terme « accréditation » pour désigner leur processus de délivrance des autorisations d'exercer, en particulier dans les cas où les normes et exigences des organismes d'accréditation sont intégrées aux textes législatifs et où l'accréditation du professionnel est requise avant l'octroi d'une autorisation d'exercer. Néanmoins, l'accréditation par le NREMT ne donne à elle seule aucun droit de pratique (NREMT, 2012d).

Le champ d'exercice applicable aux quatre niveaux d'autorisation d'exercer de la NHTSA (NHTSA, 2007) est précisé dans le tableau 1 (annexe A) et s'accompagne d'une description du niveau d'instruction recommandé par le NREMT (NREMT, 2012c).

1.2 Royaume-Uni

1.2.1. Présentation de la profession

Les services médicaux d'urgence britanniques sont coordonnés par les fiducies des services ambulanciers du NHS (National Health Service). En Angleterre, 11 fiducies sont chargées de permettre l'accès d'urgence aux soins médicaux. Les services ambulanciers en Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord sont assurés par leurs fiducies respectives (NHS, 2011).

Diverses professions peuvent être représentées au sein des équipes ambulancières du Royaume-Uni, notamment :

- les préposés aux soins médicaux d'urgence[c];
- les ambulanciers paramédicaux; et
- les ambulanciers paramédicaux principaux (ou praticiens médicaux d'urgence).

[c] La fonction de technicien-ambulancier est peu à peu remplacée par celle de préposé aux soins médicaux d'urgence.

Pour devenir ambulancier paramédical au Royaume-Uni, tout professionnel est tenu de s'inscrire auprès du HCPC (Health & Care Professions Council) (NHS Careers, 2012). Le HCPC est également responsable de la réglementation et de l'approbation des programmes de formation, au regard de ses exigences d'instruction et de formation des ambulanciers paramédicaux (HCPC, 2012b). La validation d'un programme approuvé vaut conformité aux normes de compétence du HCPC pour la profession correspondante et permet de demander l'inscription au registre du HCPC (HCPC, 2012b).

Par ailleurs, les ambulanciers paramédicaux peuvent également appartenir à l'ordre professionnel britannique appelé « College of Paramedics » (CoP). Entre autres objectifs, le CoP s'efforce de représenter les points de vue des ambulanciers paramédicaux auprès du gouvernement, des employeurs et d'autres organismes externes et d'encourager l'adoption de critères supérieurs en matière de formation professionnelle et de perfectionnement (CoP, 2009).

1.2.2. Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis au Royaume-Uni

Le champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical est établi par le HCPC et présenté en détail dans le document intitulé Standards of Proficiency: Paramedics (Normes de compétence : Ambulanciers paramédicaux, en anglais uniquement). L'inscription auprès du HCPC et le respect de ses normes de compétence professionnelle ouvrent droit à l'utilisation de l'appellation d'emploi protégée « ambulancier paramédical » (HCPC, 2012a). Ce document stipule les attentes inhérentes à l'inscription en qualité d'ambulancier paramédical, ainsi que les compétences requises et les connaissances et aptitudes à la compréhension nécessaires pour exercer.

Traditionnellement, les professionnels rejoignant un service ambulancier étaient en mesure de gravir les échelons à mesure qu'ils acquéraient de l'expérience et validaient des formations complémentaires. Un préposé aux soins pouvait ainsi accéder au poste de technicien-ambulancier, puis d'ambulancier paramédical. Les nouveaux arrivants ne peuvent plus procéder ainsi. Toute personne souhaitant exercer cette profession doit désormais obtenir un poste d'élève ambulancier paramédical auprès d'une fiducie des services ambulanciers ou suivre un cursus universitaire agréé à plein temps en sciences paramédicales (NHS Careers, n.d,c).

Un récapitulatif du rôle des membres d'une équipe de secours ambulancier et des niveaux d'instruction requis est fourni dans le tableau 2 (annexe A).

1.3 Australie et Nouvelle-Zélande

1.3.1. Présentation de la profession

Les services médicaux d'urgence sont coordonnés par les services ambulanciers régionaux, qui assurent la prestation des soins préhospitaliers d'urgence et le transport des personnes malades ou blessées grâce à l'intervention sur site des ambulanciers paramédicaux (cf. Eburn et Bendall, 2010). En l'absence d'une réglementation en vigueur à l'échelle nationale en Australie (et dans l'attente du processus d'inscription des ambulanciers paramédicaux en Nouvelle-Zélande), le champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical varie selon le territoire de compétence et l'organisme intéressé (Paramedics Australasia, 2012b; Williams et coll., 2009).

D'après un document de travail élaboré en 2009, la pratique clinique et l'autorisation d'exercer relèvent actuellement de chaque service ambulancier au niveau local/territorial en Australie (Williams et coll., 2009). Dernièrement, un débat a vu le jour dans la littérature didactique (p. ex., Eburn et Bendall, 2010; Williams et coll., 2010; 2009) et parmi les ordres professionnels (notamment Paramedics Australasia) quant à la promotion d'une professionnalisation accrue du secteur paramédical en Australie et en Nouvelle-Zélande (Cotton, 2012).

1.3.2. Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis en Australie et en Nouvelle-Zélande

Le secteur paramédical en Australie et en Nouvelle-Zélande englobe un large panel de classifications[d]. Toutefois, seules les classifications professionnelles sont décrites ici, car ce volet concerne spécialement les personnes ayant suivi une formation d'ambulancier paramédical. Paramedics Australasia, l'association professionnelle nationale qui représente les ambulanciers paramédicaux au service de la collectivité en Australie et en Nouvelle-Zélande, a contribué à l'établissement de normes relatives à l'exercice de cette profession, notamment à l'élaboration d'une liste des compétences requises destinée à éclairer la conception des programmes de formation des ambulanciers paramédicaux. Ces compétences sont regroupées selon trois domaines (à savoir : pratique professionnelle, pratique clinique et connaissances professionnelles) et sont exposées dans un document intitulé Australasian Competency Standards for Paramedics [Normes de compétence australasiennes des ambulanciers paramédicaux, en anglais uniquement] (Paramedics Australasia, 2011).

Pour exercer le métier d'ambulancier paramédical en Australie ou en Nouvelle-Zélande, il faut être titulaire d'un baccalauréat universitaire en sciences paramédicales ou en sciences de la santé (Paramedics Australasia, 2012d). Le CAA (Council of Ambulance Authorities), qui représente les fournisseurs de services ambulanciers dans chaque État et territoire d'Australie et en Nouvelle-Zélande, accrédite[e] les programmes de formation des ambulanciers paramédicaux de premier niveau (Council of Ambulance Authorities, n.d.a; n.d.b).

Un récapitulatif des rôles cliniques existants et des niveaux d'instruction requis dans le secteur paramédical au sein de ces pays est fourni dans le tableau 3 (annexe A).

2. Bénéfices potentiels et préoccupations quant à l'élargissement du champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical

Les études faisant état de divers bénéfices liés à l'élargissement du champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical mettent en évidence un potentiel de réduction des coûts pour le système de santé, d'amélioration de la commodité et de l'accessibilité des soins et de soutien auprès d'autres professionnels de la santé. En voici quelques exemples :

---

[d] Ces classifications incluent divers volets d'implication : compétences professionnelles (à savoir : ambulancier paramédical, ambulancier paramédical — soins intensifs, ambulancier paramédical — sauvetage, ambulancier paramédical — soins généraux), compétences techniques (p. ex., premier intervenant, préposé au transport des patients – niveau 1, préposé au transport des patients – niveau 2, préposé aux soins de base) et communications du secours ambulancier (p. ex., agent de soutien à la répartition des urgences médicales, répartiteur aux urgences médicales) (Paramedics Australasia, 2012b).

[e] Les diplômés issus de programmes pleinement accrédités bénéficient d'une préférence en matière d'emploi par rapport aux programmes non accrédités, sous réserve que toutes les autres conditions d'embauche soient satisfaites aux yeux de l'employeur concerné (Council of Ambulance Authorities, n.d.c).

- Un essai comparatif randomisé mené au Royaume-Uni en 2008 révèle que l'intervention des ambulanciers paramédicaux praticiens au champ d'exercice étendu pour répondre aux besoins des personnes âgées qui prennent contact avec le centre de répartition des urgences en cas de chute ou d'autres blessures ne mettant pas leur vie en danger a permis de réduire la proportion des visites au service d'urgence (53,3 % contre 84 %) et la durée du séjour au service d'urgence (126,6 minutes contre 211,3), en comparaison des équipes ambulancières (sans ambulanciers paramédicaux praticiens). Bien que cette étude fasse état d'un recours accru aux services de santé dans les jours suivant l'incident chez les patients du groupe d'intervention, elle constate que les coûts totaux relatifs au groupe d'intervention s'élèvent à 140 £ de moins par rapport au groupe témoin, après inclusion des données de routine (à savoir les données cliniques émanant du système de gestion des patients de l'hôpital, du service d'urgence et des dossiers du service ambulancier) (Dixon et coll., 2008).
- Selon une étude britannique de 2007 portant sur les praticiens médicaux d'urgence exerçant dans les modèles de service d'urgence existants, les soins prodigués par ces professionnels tendent à réduire la nécessité d'un aiguillage ultérieur vers d'autres services d'urgence et de soins non programmés dans une grande partie des cas. Aucune donnée probante n'est venue indiquer que les soins prodigués par un praticien médical d'urgence étaient moins appropriés que ceux prodigués par les fournisseurs prenant habituellement en charge le même type de troubles médicaux (Mason et coll., 2007).
- D'après une étude britannique menée en 2006, 54 % des prises de contact avec les praticiens médicaux d'urgence n'ont nécessité aucun aiguillage vers un autre professionnel de la santé ni aucun recours à un transport d'urgence. Cette étude a également constaté que le coût d'un patient pris en charge par un praticien médical d'urgence s'échelonne de 24 £ à 29 £, contre 55 £ pour la prise en charge par un service d'urgence (Mason et coll., 2006).
- Une étude qualitative australienne de 2007 a conclu que le recours aux ambulanciers paramédicaux au champ d'exercice étendu dans les régions rurales permet d'améliorer les soins de santé grâce au renforcement de la capacité d'intervention communautaire, au rapprochement des collectivités et des services ambulanciers et à la multiplication des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies à l'échelon communautaire (Stirling et coll., 2007).

Les études ayant identifié les risques inhérents à l'élargissement du champ d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical mettent l'accent sur des problématiques telles que la nécessité d'instaurer davantage de pratiques fondées sur des données probantes, l'aptitude des ambulanciers paramédicaux à déterminer l'utilité d'un transport médicalisé et la sécurité des patients. En voici quelques exemples :

- Une étude menée en 2012 sur le champ d'exercice des services médicaux d'urgence (SMU) du Nouveau-Mexique – qui, comme dans d'autres États de ce pays, a évolué ou s'est élargi au fil du temps – a identifié 22 interventions présentant des rapports préjudice-bénéfice préoccupants qui requièrent une analyse approfondie[f]. Comme à l'échelle nationale, cette étude constate que peu d'interventions SMU ont fait l'objet d'une

[f] Parmi les interventions soulevant le plus de préoccupations figurent l'utilisation de pantalons antichoc à air comprimé, le recours à certains dispositifs de gestion des voies respiratoires et l'administration de certains médicaments.

évaluation quant à leur efficacité, aux préjudices potentiels ou aux bénéfices éventuels. Les auteurs évoquent la possibilité que bon nombre des interventions venues étoffer le champ d'exercice des SMU au fil des années ne soient plus étayées par les données probantes et s'avèrent obsolètes, préjudiciables ou inefficaces dans le contexte des SMU (Munk et coll., 2012).

- D'après les constatations d'une méta-analyse datant de 2009, les rares études évaluant les décisions des ambulanciers paramédicaux étatsuniens quant à la nécessité médicale d'un transport en ambulance diffèrent considérablement les unes des autres et seules deux d'entre elles font état de données complètes. De manière générale, elle met toutefois en évidence un taux global de sous-triage[g] compris entre 9 % et 29 %. Les auteurs concluent que ces données ne sont pas favorables aux pratiques consistant à confier aux ambulanciers paramédicaux le soin de déterminer si les patients ont besoin d'un transport en ambulance (Brown et coll., 2009)[h].
- D'après une étude britannique de 2006 analysant les résultats à court terme chez les personnes âgées laissées à leur domicile par les équipes d'intervention d'urgence après une chute, 49 % des patients ont pris contact avec un professionnel de la santé au cours de la période de suivi de deux semaines, au moins un nouvel appel aux services d'urgence étant passé dans 47 % des cas. Un risque accru de décès (2,3 % contre 0,43 %) a également été constaté parmi ces patients par rapport à la population générale correspondante à Londres (Snooks et coll., 2006).
- L'étude britannique de 2006 portant sur l'efficacité et le coût des prises de contact avec les praticiens médicaux d'urgence a mis en évidence plusieurs thèmes récurrents lors des entrevues réalisées auprès des participants à l'étude, notamment : la sécurité des patients; les niveaux appropriés de gouvernance et de supervision; la question générale de la formation aux fins de faciliter le transfert de compétences entre les fournisseurs du NHS; et les enjeux en matière de ressources humaines ayant trait à la sécurité, au recrutement et à la fidélisation du personnel (Mason et coll., 2006).

3. Collaboration interprofessionnelle

Les enjeux inhérents au transfert des soins font partie des thèmes importants identifiés dans la littérature relative à la collaboration interprofessionnelle entre les ambulanciers paramédicaux et les autres professionnels de la santé, tout comme les modèles efficaces permettant de renforcer la collaboration interprofessionnelle, la valeur d'une formation d'équipe combinée, les utilisations potentielles de la technologie et les occasions offertes par le modèle d'activité des services paramédicaux communautaires.

3.1 Enjeux inhérents au transfert des soins

Le transfert des soins, c'est-à-dire la transmission des données médicales du patient et de la responsabilité clinique d'un groupe de professionnels de la santé à un autre, est un épisode du protocole de soins qui peut être sujet aux échecs de communication (Bost et coll., 2010; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2008). Les instances dirigeantes

---

[g] Dans le cadre de cette étude, le sous-triage désigne les cas pour lesquels les ambulanciers paramédicaux ont jugé que le transport médicalisé vers, ou le traitement dans, un service d'urgence était superflu, alors que cette décision s'est avérée incorrecte par la suite.

[h] D'après un rapport datant de 2006, l'aptitude au triage efficace des patients peut être affectée en partie par l'écart considérable constaté à travers les États-Unis en matière de formation des SMU (Raven, 2006).

telles que l'Organisation mondiale de la Santé[i] reconnaissent que l'amélioration des échanges d'information entre les professionnels de la santé est indispensable pour minimiser le risque d'événement indésirable pour les patients (Bost et coll., 2010).

3.1.1. Facteurs susceptibles d'affecter la sécurité du transfert des patients

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'affecter la sécurité du transfert des patients. Une étude qualitative menée au Danemark en 2012 a identifié huit d'entre eux : la communication, l'information, l'organisation, l'infrastructure, le professionnalisme, la responsabilité, la sensibilisation de l'équipe et la culture. Au total, cette étude incluait 47 entrevues réalisées auprès d'infirmiers, d'aides-infirmiers, de médecins, d'ambulanciers paramédicaux et d'autres professionnels de la santé exerçant dans différents services et unités. Les ambulanciers paramédicaux (n = 5) avaient des opinions diverses au sujet de la communication avec les destinataires du transfert des soins. Certains avaient parfois la nette impression que les renseignements importants qu'ils transmettaient n'étaient pas tous pris en compte, notés, reçus ou compris en raison de l'insuffisance des structures organisationnelles. L'étude a également constaté un cloisonnement du travail et observé que bon nombre des obstacles au transfert des soins semblaient résulter du fait que seuls quelques fournisseurs de soins de santé avaient une vue d'ensemble du parcours complet du patient (Siemsen et coll., 2012).

Dans un rapport de 2008, l'ACSQHC (Australian Commission on Safety and Patient Quality) énumère elle aussi divers obstacles potentiels à la réalisation d'un transfert efficace des soins dans divers milieux de la santé, à savoir :

- l'absence de bases communes en termes de compréhension ou de pratique;
- le manque de transferts et de soins pluridisciplinaires;
- la surcharge de travail;
- la culture hospitalière de la hiérarchie;
- les interruptions et les distractions;
- l'implication minimale du patient et de sa famille;
- le manque de formation et de recherche (ACSQHC, 2008).

Dans le cadre d'une étude australienne de 2010 portant sur le transfert des soins en centre de traumatologie et fondée sur 27 entrevues réalisées auprès d'infirmiers, d'ambulanciers paramédicaux et de médecins, le personnel infirmier a jugé qu'un environnement bruyant était nuisible au transfert des soins, tandis qu'aux yeux des ambulanciers paramédicaux, l'inattention et le désintérêt des membres de l'équipe de traumatologie figuraient parmi les problèmes affectant la qualité du transfert des soins. Les participants aux trois groupes d'entrevues ont tous indiqué que l'inefficacité d'un transfert des soins se caractérisait par la communication de renseignements perçus comme parasites et par la survenue d'interruptions (Evans et coll., 2010a).

3.1.2. Problématique de la perte d'information lors du transfert des patients

Deux articles documentant l'ampleur de la perte d'information lors du transfert des patients victimes de traumatisme entre les fournisseurs SMU et le personnel hospitalier ont été identifiés :

- Un article australien datant de 2010 a constaté qu'en milieu préhospitalier, 75 % des données transmises par les ambulanciers paramédicaux à l'équipe de traumatologie

[i] Voir, par exemple, le Projet « High 5s » – Agir pour la sécurité de l'OMS (n.d).

étaient documentées, contre 67 % en milieu hospitalier. Les renseignements les moins susceptibles d'être documentés par l'équipe de traumatologie en milieu préhospitalier se rapportaient au traitement administré, tandis qu'en milieu hospitalier, il s'agissait de la sémiologie (Evans et coll., 2010b).

- Un article étatsunien datant de 2009 a démontré que, même lors du transfert d'un patient unique réalisé directement à l'oral entre les fournisseurs SMU et les cliniciens hospitaliers, seules 72,9 % des données préhospitalières essentielles transmises par le personnel SMU étaient documentées par les destinataires en milieu hospitalier. Divers éléments tels que l'hypotension préhospitalière, le score de Glasgow et d'autres signes vitaux mesurés en milieu préhospitalier n'étaient souvent pas consignés (Carter et coll., 2009).

3.1.3. Facteurs susceptibles de minimiser la perte d'information lors du transfert des patients

Parmi les solutions susceptibles d'accroître l'efficacité du transfert des soins et de minimiser la perte d'information connexe, la littérature identifiée mentionne l'utilisation de processus et de modèles structurés, l'amélioration de la formation pluridisciplinaire et l'implication de membres du personnel compétents et expérimentés.

Une analyse documentaire menée en 2010 au sujet du transfert des soins d'un service ambulancier vers le service d'urgence d'un hôpital a mis en évidence trois préoccupations majeures :

1. Des renseignements importants peuvent être négligés pendant le transfert des soins.
2. La réalisation d'un transfert des soins structuré, reposant à la fois sur des éléments écrits et oraux, permettrait d'améliorer l'échange d'information.
3. Le suivi d'une formation pluridisciplinaire sur le processus de transfert des soins pourrait favoriser le travail d'équipe, l'adoption d'un langage commun et la création d'un cadre d'action permettant la transmission de renseignements minimaux sur le patient entre le service ambulancier et le service d'urgence de l'hôpital (Bost et coll., 2010).

En outre, d'après un article de 2010, les facteurs suivants contribuent à l'efficacité du transfert des soins entre les ambulanciers paramédicaux et les équipes de traumatologie :

- la concision et la transmission scrupuleuse des renseignements;
- l'expérience du personnel réalisant le transfert des soins; et
- la présence du personnel compétent lors du transfert des soins et la capacité de ce dernier à effectuer une écoute active (Evans et coll., 2010a).

Cet article souligne également que les ambulanciers paramédicaux et les équipes de traumatologie se sont accordés pour dire que l'utilisation d'un modèle permettant la transmission structurée des renseignements était un concept intéressant dans l'optique de minimiser la perte d'information et que les données incluses dans le modèle MIST[1] (mécanisme, type de blessure, signes et traitement) étaient appropriées (Evans et coll., 2010a).

3.2 Modèles efficaces de collaboration interprofessionnelle

Les articles proposant une analyse des modèles efficaces de collaboration interprofessionnelle entre les fournisseurs SMU mettent en lumière divers facteurs tels que l'importance du respect et

---

[1] Le modèle MIST est un outil conçu pour aider les ambulanciers paramédicaux à transmettre les renseignements relatifs au patient de façon systématique. Il les invite à communiquer à l'équipe de traumatologie : le mécanisme de la blessure, les lésions subies, la sémiologie de la blessure et le traitement administré (Evans et coll., 2010a).

de la communication; les bénéfices à long terme d'un meilleur travail d'équipe; la valeur des partenariats entre les ambulanciers paramédicaux et d'autres professionnels de la santé; et les possibilités de prise en charge des besoins offertes par les ambulanciers paramédicaux communautaires au champ d'exercice étendu (« services paramédicaux communautaires ») dans les collectivités éloignées.

Selon un article étatsunien datant de 2012, l'instauration d'une collaboration active entre les hôpitaux et les SMU est « associée de façon significative » à une baisse des taux de mortalité chez les patients victimes d'un infarctus aigu du myocarde. Cet article démontre que l'existence d'une collaboration étroite entre les hôpitaux et les SMU est plus visible dans les établissements hospitaliers les plus performants. Ces hôpitaux ont réalisé des investissements spécifiques en matière de SMU et porté une attention particulière à la relation entretenue avec ces derniers :

- en témoignant du respect envers les fournisseurs SMU, en leur qualité de professionnels compétents et de collègues,
- en instaurant une coordination et une communication renforcées avec les SMU, et
- en impliquant activement les SMU dans les initiatives d'amélioration de la qualité de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde à l'hôpital (Landman et coll., 2012).

Un article britannique de 2007 a identifié plusieurs éléments influant sur la collaboration dans le contexte des soins d'urgence non programmés, notant que les relations des praticiens médicaux d'urgence avec les autres professions étaient façonnées par des facteurs tels que le rôle du praticien médical d'urgence (p. ex. frustrations par rapport à l'attribution des tâches dans la prise en charge des patients et divergences d'opinion sur le travail d'équipe), la formation (p. ex. besoin de la supervision/du mentorat d'un clinicien) et les points de vue culturels (p. ex. conflits de pouvoir et de communication) (Cooper et coll., 2007). Cet article formule notamment les recommandations suivantes en vue de renforcer les pratiques de collaboration :

- nomination de praticiens médicaux d'urgence en chef en qualité de conseillers et de travailleurs qualifiés pour promouvoir l'ordre du jour en matière de pratique clinique, de formation, de supervision, de réseautage, de vérification et de recherche;
- mise en œuvre de formations courtes visant à éliminer les barrières traditionnelles et à améliorer la gestion des relations, l'auto-gestion, l'attention portée au patient et la sensibilisation aux politiques; et
- supervision et mentorat par des cliniciens pour garantir la pratique sécuritaire et le perfectionnement professionnel continu (Cooper et coll., 2007).

Un article britannique de 2007 portant sur un service pilote chargé d'affecter un infirmier et un ambulancier paramédical aux sorties d'ambulance de faible priorité fait état de divers bénéfices pour les patients et pour le personnel, les patients étant enthousiastes à l'idée de pouvoir recevoir des soins à domicile et le personnel se sentant capable d'intervenir efficacement en tirant parti des connaissances et compétences combinées du binôme. Le personnel a également jugé que la qualité des soins s'était améliorée et a fait part d'une satisfaction accrue au travail, car il avait le sentiment d'avoir atteint des niveaux de compétence supérieurs (Machen et coll., 2007). Un article britannique de 2008 consacré au même type de collaboration entre les infirmiers et les ambulanciers paramédicaux révèle que l'intégration de ce service au sein du système de prestation actuel devrait augmenter le coût global des services ambulanciers. Cependant, cet article constate également que le taux de transfert à l'hôpital a diminué du fait de la possibilité de

traiter les patients sur place, ce qui a conduit à une diminution du nombre d'admissions dans les services de prise en charge des accidentés et les services d'urgence et du nombre d'hospitalisations connexes pouvant se traduire par des économies pour le système de santé (Widiatmoko et coll., 2008).

3.3 Formation d'équipe combinée

Un article étatsunien de 2008 issu de la littérature grise expose comment la formation d'équipe combinée peut contribuer à améliorer les performances du travail d'équipe entre les ambulanciers paramédicaux, les techniciens médicaux des services d'urgence et les premiers intervenants (p. ex. pompiers, policiers). Selon ces constatations, la recherche scientifique a mis en évidence trois éléments majeurs permettant de distinguer une équipe performante :

1. Connaissances inter-postes acquises par formation croisée des membres de l'équipe sur le métier de leurs collaborateurs, grâce auxquelles ils peuvent prévoir, anticiper et coordonner leurs efforts plus efficacement.
2. Communication au sein de l'équipe incluant des aptitudes de communication verbale et non verbale; mise en œuvre d'une communication opportune ou informationnelle, avec concision, exhaustivité et clarté.
3. Modèles de pensée communs permettant aux membres de l'équipe de partager la même vision des moyens à mettre en œuvre pour atteindre leur objectif.

Cet article formule également diverses lignes directrices d'ordre général relatives à l'élaboration d'un programme de formation d'équipe combinée (Tomek et coll., 2008).

3.4 Utilisation de la technologie

Selon un article étatsunien datant de 2010, les ambulanciers paramédicaux et les équipes de traumatologie participant à l'étude sont largement favorables à la mise en place d'une transmission avancée des données entre les SMU et les hôpitaux destinataires. Toutefois, bien que les ordinateurs portatifs dont sont équipés les ambulanciers paramédicaux soient capables d'exporter des données vers l'hôpital destinataire, divers obstacles tels que les contraintes de temps, les problèmes de flux des travaux et la question de la prévention des infections empêchent de procéder ainsi (Evans et coll., 2010a).

3.5 Services paramédicaux communautaires

Selon la définition donnée par l'IRCP (International Roundtable on Community Paramedicine), les services paramédicaux communautaires sont « un modèle de prise en charge dans le cadre duquel les ambulanciers paramédicaux appliquent les connaissances et compétences acquises lors de leur formation dans des environnements communautaires "non traditionnels" (en dehors du modèle habituel d'intervention d'urgence/transport). Les ambulanciers paramédicaux communautaires sont susceptibles d'avoir un "champ d'exercice étendu" (application de compétences/protocoles spécialisés au-delà de la portée de leur formation d'origine) ou de jouer un "rôle étendu" (réalisation de tâches non traditionnelles grâce à la mise en pratique des compétences existantes) » [traduction libre] (IRCP, 2012).

D'après la description figurant sur le site Web d'une coopérative de santé canado-étatsunienne, les ambulanciers paramédicaux communautaires ont pour mission de « répondre aux besoins sanitaires identifiés dans les collectivités mal desservies, dans l'optique d'améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens et des visiteurs dans les régions rurales et éloignées » [traduction libre] (Community Healthcare and Emergency Cooperative, n.d.).

L'initiative des îles Long et Brier dans les régions rurales de Nouvelle-Écosse est un exemple de prestation de services paramédicaux communautaires. Dans le cadre de cette initiative, les ambulanciers paramédicaux ayant suivi une formation complémentaire ont commencé à évaluer et à prendre en charge les cas de blessures simples, à administrer des injections antitétaniques et des vaccins contre la grippe et à réaliser des évaluations à domicile. Ces derniers ont également exercé au sein d'une équipe composée d'un infirmier praticien et d'un ambulancier paramédical intervenant sur site et d'un médecin de famille hors site (Martin-Misener et coll., 2009).

- D'après les conclusions d'un article datant de 2009, cette initiative a permis d'accroître l'accès aux services de santé et la satisfaction des résidents en la matière, d'améliorer la collaboration entre fournisseurs et de réduire les coûts de transport et de médication (Martin-Misener et coll., 2009).
- Un autre rapport consacré à cette initiative fait état d'une baisse de 23 % des visites au service d'urgence par les insulaires depuis la mise en œuvre de ce modèle de prestation (Misner, n.d.).

ANNEXE A

Tableau 1 : Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis par la NHTSA aux États-Unis[k]

Niveau d'autorisation d'exercer	Description de la profession	Niveau d'instruction requis
Répondant médical d'urgence	• Il prodigue des soins d'urgence sur le lieu d'intervention en attendant l'arrivée de membres supplémentaires du personnel SMU et peut faire partie de l'équipe de transport, mais pas en qualité de fournisseur de soins principal. • On fait souvent appel à lui pour instaurer un mécanisme permettant d'accroître la probabilité que le personnel formé et l'équipement de sauvetage requis puissent être rapidement déployés vers les urgences lourdes. Dans tous les cas, le répondant médical d'urgence travaille au sein d'un système d'intervention échelonnée. • Son champ d'exercice inclut des interventions simples et non invasives visant à réduire la morbidité et la mortalité associées aux urgences médicales aiguës et aux traumatismes sévères en milieu extrahospitalier (NHSTA, 2007).	• 58 heures de formation (NREMT, 2012c)
Technicien médical des services d'urgence	• Il possède des compétences élémentaires axées sur la prise en charge des cas aigus et le transport des patients en état critique ou nécessitant des soins d'urgence. Les soins peuvent être prodigués sur le lieu d'intervention jusqu'à l'arrivée des ressources de transport, pendant le transport du lieu d'intervention vers l'établissement de soins ou entre les établissements, et dans d'autres milieux médicaux. • Il prodigue une grande partie des soins extrahospitaliers. Dans certains territoires de compétence, en particulier dans les régions rurales, les techniciens médicaux des services d'urgence assurent le niveau de soins extrahospitaliers le plus élevé. • Son champ d'exercice inclut des interventions élémentaires et non invasives visant à réduire la morbidité et la mortalité associées aux urgences médicales aiguës et aux traumatismes sévères en milieu extrahospitalier. • Niveau minimal d'autorisation d'exercer pour le personnel assurant le transport des patients en ambulance (NHSTA, 2007).	• 150 heures de formation (NREMT, 2012c)
Technicien médical des services d'urgence de niveau avancé	• Il possède des compétences avancées élémentaires et limitées axées sur la prise en charge des cas aigus et le transport des patients en état critique ou nécessitant des soins d'urgence. Les soins peuvent être prodigués sur le lieu d'intervention jusqu'à l'arrivée des ressources de transport, pendant le transport du lieu d'intervention vers l'établissement de soins ou entre les établissements, et dans d'autres milieux médicaux. • Il offre un moyen pour les collectivités de mettre à profit des compétences avancées à fort bénéfice et à moindre risque dans le cadre de systèmes ne pouvant pas appuyer ou justifier des soins de niveau « ambulancier paramédical ». Ce cas est fréquent dans les systèmes ruraux et bénévoles. • Son champ d'exercice inclut des interventions avancées et pharmacologiques élémentaires et limitées visant à réduire la morbidité et la mortalité associées aux urgences médicales aiguës et aux traumatismes sévères en milieu extrahospitalier (NHSTA, 2007).	• 150 heures de formation supplémentaire, réservée aux techniciens médicaux des services d'urgence • Certains États combinent la formation à ces deux fonctions dans des cursus de 300 heures (NREMT, 2012c).
Ambulancier	• Il possède des compétences élémentaires et avancées axées sur la prise en	• 1 200 heures de

[k] À noter que le niveau d'instruction requis fait référence aux critères d'attribution d'une autorisation d'exercer (par opposition à l'accréditation). Les renseignements relatifs aux habiletés psychomotrices minimales requises pour chaque niveau d'autorisation d'exercer figurent dans le document de la NHSTA intitulé *National EMS Scope of Practice Model* (Modèle de champ d'exercice national des SMU, en anglais uniquement) (2007).

paramédical	charge des cas aigus et le transport de toutes les populations de patients accédant au système médical d'urgence. Les soins peuvent être prodigués sur le lieu d'intervention jusqu'à l'arrivée des ressources de transport, pendant le transport du lieu d'intervention vers l'établissement de soins ou entre les établissements, et dans d'autres milieux médicaux. • Dans certaines collectivités, les ambulanciers paramédicaux prodiguent une grande partie des soins extrahospitaliers et assurent le niveau de soins extrahospitaliers le plus élevé. • Son champ d'exercice inclut des interventions invasives et pharmacologiques visant à réduire la morbidité et la mortalité associées aux urgences médicales aiguës et aux traumatismes sévères en milieu extrahospitalier. • L'ambulancier paramédical a acquis les connaissances et est censé posséder toutes les compétences requises par les fonctions de répondant médical d'urgence, de technicien médical des services d'urgence et de technicien médical des services d'urgence de niveau avancé (NHSTA, 2007).	formation agréée, réservée aux techniciens médicaux des services d'urgence (NREMT, 2012c)

Tableau 2 : Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis au Royaume-Uni

Rôle des SMU	Description de la profession	Niveau d'instruction requis
Préposé aux soins médicaux d'urgence	• Les préposés aux soins médicaux d'urgence répondent aux appels d'urgence au sein d'une équipe d'intervention en cas d'accident et d'urgence, ou parfois en tant que premier intervenant. • Ils aident à déplacer les patients en toute sécurité et à contrôler leurs signes vitaux — en signalant tout changement au clinicien compétent — et communiquent les renseignements pertinents aux soignants ou aux autres personnes présentes sur le lieu d'intervention. • Les préposés aux soins médicaux d'urgence conduisent également divers véhicules des fiducies des services ambulanciers, en situation normale et en cas d'intervention d'urgence, et procèdent aux vérifications de rigueur sur les véhicules au début et à la fin de chaque quart de travail afin de s'assurer que l'équipement est rangé et en état de fonctionnement. Ils doivent également savoir utiliser l'ensemble des dispositifs médicaux et du matériel de réanimation se trouvant dans les véhicules, conformément à leur niveau de compétence. • Les préposés aux soins médicaux d'urgence prêtent assistance à un ambulancier paramédical qualifié et doivent savoir travailler efficacement en équipe, notamment auprès d'autres professionnels des services ambulanciers (comme les cadres responsables et le personnel de la salle de commande), d'autres professionnels de la santé (comme les médecins) et de représentants d'autres services d'urgence (p. ex. pompiers et policiers). • Les préposés aux soins médicaux d'urgence remplissent la documentation requise et doivent savoir utiliser l'équipement de communication (notamment la radio et le téléphone) pour informer leurs collègues des tâches qu'ils prennent en charge (NHS Careers, n.d.b).	• Formation générale (p. ex. études secondaires ou qualifications équivalentes et/ou expérience professionnelle pertinente). • Programme de formation en cours d'emploi de six à neuf semaines[1]
Ambulancier	• En règle générale, les ambulanciers paramédicaux prodiguent des soins	• Obtention d'un poste d'élève

[1] Un préposé aux soins médicaux d'urgence suit un programme de formation en cours d'emploi de six à neuf semaines au cours duquel il apprend les techniques de déplacement et de manipulation des patients, les premiers soins, les compétences élémentaires de prise en charge des patients et les règles de prudence au volant. Le programme prévoit des évaluations et des examens pratiques à l'écrit; les personnes reçues sont ensuite affectées à un poste d'ambulances où elles exercent sous les conseils d'un superviseur formé pendant une période probatoire avant de travailler sans supervision (NHS Careers, n.d.b).

paramédical	spécialisés et traitent les patients présentant des affections ou blessures aiguës. Ils peuvent administrer un panel de médicaments et pratiquer certains actes chirurgicaux (HCPC, 2012). • Ils exercent les fonctions de professionnel de la santé principal sur le lieu d'un accident ou d'une intervention médicale d'urgence et travaillent seuls ou avec l'aide d'un préposé aux soins médicaux d'urgence. Ils font généralement partie d'une équipe ambulancière de deux personnes, aux côtés d'un préposé aux soins médicaux d'urgence ou d'un technicien-ambulancier. Cependant, ils peuvent travailler seuls en se rendant auprès des patients à vélomoteur, dans une voiture d'intervention en cas d'urgence, voire à bicyclette. Ils peuvent suivre une formation complémentaire pour devenir membres d'une équipe d'ambulance aérienne (NHS Careers, n.d.c). • Les ambulanciers paramédicaux évaluent l'état de santé du patient et prennent des décisions susceptibles de lui sauver la vie. Ils administrent tout traitement nécessaire avant le transfert du patient à l'hôpital (NHS Careers, n.d.c). Leurs prérogatives incluent : o la formulation de plans de prise en charge spécifiques et adaptés, y compris le calcul des échelles de temps (HCPC, 2012a); et o la tenue à jour des dossiers et l'exécution des procédures de diagnostic ou de surveillance, des traitements ou des autres actions qui s'imposent, de manière sécuritaire et compétente (HCPC, 2012a). • Ils sont formés aux techniques avancées de réanimation et/ou de stabilisation des patients, à l'utilisation de matériel de haute technologie et à l'administration de médicaments (NHS Careers, n.d.c). • Ils doivent en outre exercer leur profession conformément à la législation en vigueur régissant l'usage par les ambulanciers paramédicaux des médicaments disponibles seulement sur ordonnance (HCPC, 2012a). o Aux termes de celle-ci, les ambulanciers paramédicaux inscrits sont habilités à administrer, de leur propre chef, divers médicaments par voie parentérale aux fins de la prise en charge immédiate et nécessaire des personnes malades ou blessées, sans être tenus — comme c'est normalement le cas — d'obtenir l'ordonnance ou les directives d'un médecin prescripteur (site Web de la MHRA [Medicines and Healthcare products Regulatory Agency], 2005).	ambulancier paramédical auprès d'une fiducie des services ambulanciers; ou • Validation d'un cursus universitaire agréé à plein temps en sciences paramédicales.

Ambulancier paramédical principal (ou praticien médical d'urgence)	• La fonction d'ambulancier paramédical principal fait appel aux compétences des ambulanciers paramédicaux et d'autres professionnels (comme les infirmiers spécialisés aux compétences renforcées) afin de répondre aux besoins initiaux des patients dans le cadre d'une prise en charge non programmée. • Un ambulancier paramédical principal exerce des fonctions avancées par rapport à l'ambulancier paramédical et ce poste peut correspondre à diverses appellations d'emploi, dont celle de praticien médical d'urgence. • Un ambulancier paramédical principal mène à bien diverses tâches, notamment : o l'exécution des procédures de base au domicile du patient; o la réalisation et l'interprétation des tests diagnostiques; o la réalisation des évaluations de routine au domicile des patients présentant des affections de longue durée; o l'aiguillage des patients vers des services de bien-être et l'admission directe des patients dans des unités de soins spécialisées; o la prescription d'un éventail plus large de médicaments. • En règle générale, les ambulanciers paramédicaux principaux sont basés dans les cabinets de médecine générale, les unités de prise en charge des blessures mineures et les services d'urgence hospitaliers. Ils peuvent examiner les patients à domicile. (NHS Careers, n.d.d; NHS Careers, 2012)	• Expérience en tant que praticien qualifié (p. ex. ambulancier paramédical) • Suivi d'une formation complémentaire (p. ex. acquisition de compétences supérieures en matière d'évaluation et d'interrogatoire des patients et formation pour le traitement des blessures et affections mineures)

Tableau 3 : Champ d'exercice des SMU et niveau d'instruction requis en Australie et en Nouvelle-Zélande

Rôle des SMU	Description de la profession	Niveau d'instruction requis
Ambulancier paramédical[m]	• Un ambulancier paramédical est un professionnel de la santé qui assure une intervention rapide, une évaluation médicale d'urgence et des soins en milieu extrahospitalier (Paramedics Australasia, 2012d). • Les ambulanciers paramédicaux interviennent auprès des patients, évaluent leur état de santé, les prennent en charge et les transportent vers un établissement de santé pour qu'ils reçoivent des soins continus (le cas échéant) ou prévoient d'autres options d'aiguillage, de traitement ou de soins (Paramedics Australasia, 2012d). • Il leur incombe souvent de prendre des décisions cliniques essentielles et complexes sans supervision directe (Paramedics Australasia, 2012d). • Leur champ d'exercice inclut des techniques de réanimation de niveau intermédiaire[n], la mise en œuvre de techniques de prévention des infections, la gestion d'urgence de patients aux troubles divers[o], la surveillance et	• Baccalauréat en sciences paramédicales ou en sciences de la santé[p] • Programme de stage

[m] Les autres appellations professionnelles (hors armée ou défense) incluent : ambulancier paramédical de niveau 3; ambulancier paramédical de niveau avancé; ambulancier paramédical en réanimation de niveau intermédiaire (Paramedics Australasia, 2012d).

[n] Selon la définition donnée par l'Australian Resuscitation Council en Australie ou la norme relative au secteur des services ambulanciers n° 8156 et les lignes directrices cliniques nationales en Nouvelle-Zélande (Paramedics Australasia, 2012d).

[o] Y compris, mais sans s'y limiter : arrêt cardiaque, anaphylaxie, brûlures, surdose de stupéfiants, œdème, hypoglycémie, maîtrise de la douleur (par administration de narcotiques), traumatisme cérébral, lésion de la moelle épinière (cf. Paramedics Australasia, 2012d).

[p] Certains organismes qui embauchent des ambulanciers paramédicaux demandent toujours un diplôme en sciences paramédicales (ambulancier); toutefois, tous les services ambulanciers principaux d'Australie exigent désormais des

	l'interprétation de l'électrocardiogramme, l'intervention d'urgence en santé mentale, la prise en charge de patients de tous âges, l'utilisation de la civière et d'autres dispositifs de transport des patients, la conduite en situation d'urgence, la gestion et le triage des urgences, le dégagement des victimes et le sauvetage de base, les soins infirmiers de base, l'accès à un panel d'options d'aiguillage des patients (en fonction des possibilités locales) (Paramedics Australasia, 2012d). • Un ambulancier paramédical rassemble également les renseignements requis concernant l'état de santé du patient, crée son dossier médical et assure la surveillance et l'évaluation de l'efficacité du plan de soins (Paramedics Australasia, 2011).	
Ambulancier paramédical — soins intensifs[q]	• Un ambulancier paramédical — soins intensifs est un clinicien de niveau avancé en sciences paramédicales qui réalise une évaluation médicale et prodigue des soins extrahospitaliers aux patients en phase aiguë présentant une affection ou une blessure grave. • Ils interviennent en urgence auprès des patients en phase aiguë dont le pronostic vital est mis en jeu afin de réaliser une évaluation clinique rapide et pointue et de mettre en œuvre un plan de prise en charge ciblé pour les patients présentant une dégradation ou une modification significative de l'équilibre homéostasique. Tous les soins sont prodigués au patient en collaboration avec les autres membres du personnel paramédical ou professionnels de la santé présents. • L'ambulancier paramédical — soins intensifs doit prendre rapidement des décisions cliniques essentielles et souvent complexes sans supervision directe. • Les ambulanciers paramédicaux — soins intensifs peuvent être dépêchés sur le lieu d'intervention aux côtés d'un partenaire, dans une ambulance équipée d'une civière, ou exercer seuls depuis un véhicule d'intervention spécialement prévu à cet effet (généralement, une voiture identifiée de type familiale). • Leur champ d'exercice intègre celui des ambulanciers paramédicaux, mais inclut également des techniques avancées de maintien des fonctions vitales[r], la gestion avancée des voies respiratoires, l'accès par voie intraosseuse, la stimulation cardiaque externe et la cardioversion synchronisée, ainsi que des techniques avancées de prise en charge clinique de la douleur, du syndrome coronarien aigu et des dysrythmies cardiaques (Paramedics Australasia, 2012e).	• Ambulancier paramédical ayant acquis des expériences professionnelles et validé des études supérieures (p. ex. diplôme d'enseignement supérieur ou grade de maîtrise)[s, t] • Stage

qualifications d'ambulancier paramédical acquises dans le cadre de programmes universitaires (Paramedics Australasia, 2012d).

[q] Les autres appellations professionnelles (hors armée ou défense) incluent : ambulancier paramédical mobile — soins intensifs et ambulancier paramédical de niveau 5 (Paramedics Australasia, 2012e).

[r] Selon la définition donnée par l'Australian Resuscitation Council en Australie ou la norme relative au secteur des services ambulanciers n° 8156 et les lignes directrices cliniques nationales en Nouvelle-Zélande (Paramedics Australasia, 2012e).

[s] En Australie, le diplôme avancé en sciences paramédicales (ambulancier) est toujours en vigueur dans certaines régions (Paramedics Australasia, 2012e).

[t] En Nouvelle-Zélande, la validation d'une formation industrielle ou l'obtention d'un certificat d'études supérieures spécialisées dans l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical de niveau avancé est requise (Paramedics Australasia, 2012e).

Ambulancier paramédical — sauvetage[U]	• Un ambulancier paramédical — sauvetage est un clinicien de niveau avancé en sciences paramédicales qui réalise une évaluation médicale et prodigue des soins extrahospitaliers pour faciliter le transfert sécuritaire et efficace des patients en phase critique vers un établissement spécialisé. • Les ambulanciers paramédicaux — sauvetage interviennent auprès de patients en phase critique sur la base des renseignements initiaux obtenus sur le lieu d'intervention ou d'après l'évaluation effectuée par un médecin traitant principal (p. ex. généraliste/équipe ambulancière d'intervention primaire) ou en cas de transfert requis vers un établissement de santé spécialisé. • Cette fonction implique des relations approfondies avec les cliniciens sur le lieu d'intervention et consiste à réaliser une évaluation clinique pointue et à mettre en œuvre un plan de prise en charge du patient afin d'appuyer le transfert sécuritaire de cas souvent complexes et urgents. • L'ambulancier paramédical — sauvetage doit prendre des décisions cliniques essentielles et complexes, souvent sans supervision directe. • Un ambulancier paramédical — sauvetage peut être dépêché seul ou au sein d'un binôme opérant en collaboration avec un médecin. • Ces praticiens peuvent exercer depuis les ambulances terrestres ou les plateformes aériennes médicalisées. • Leur champ d'exercice intègre celui des ambulanciers paramédicaux — soins intensifs, mais inclut également l'évaluation clinique pointue (p. ex. interprétation des prises de sang et des radiographies), la prise en charge clinique spécialisée visant à appuyer le transfert sécuritaire des patients en phase critique vers l'établissement de soins compétent, l'intubation à séquence rapide et l'utilisation de ventilateurs mécaniques et de dispositifs d'administration des médicaments (Paramedics Australasia, 2012f).	• Ambulancier paramédical — soins intensifs ayant acquis des expériences professionnelles et validé des études supérieures (p. ex. certificat d'enseignement supérieur ou grade de maîtrise)[V] • Stage
Ambulancier paramédical — soins généraux[W]	• Un ambulancier paramédical — soins généraux est un clinicien de niveau avancé en sciences paramédicales spécialisé dans la compilation des antécédents médicaux complets/l'évaluation complète du patient, l'instauration du traitement pertinent et l'aiguillage des patients présentant des troubles de gravité faible et moyenne dans divers milieux communautaires et cliniques, en privilégiant la prise en charge des patients dans leur propre environnement. • Ils assurent la prise en charge programmée et non programmée des patients présentant des troubles de faible gravité, dans le cadre de laquelle ils réalisent une évaluation clinique complète des antécédents médicaux et de l'état de santé du patient, prescrivent les examens appropriés en fonction de la pathologie, interprètent les résultats et, sur la base d'un diagnostic clinique, mettent sur pied un plan de soins à court/moyen terme en prévoyant les aiguillages requis, le cas échéant. L'ambulancier paramédical — soins généraux possède des connaissances approfondies de la physiopathologie, de la pharmacologie et du processus morbide.	• Ambulancier paramédical ayant acquis des expériences professionnelles et validé des études supérieures (p. ex. grade de maîtrise) • Stage • Exercice de la profession d'ambulancier paramédical — soins intensifs[X]

[U] Les autres appellations professionnelles (hors armée ou défense) incluent : ambulancier paramédical (air), ambulancier paramédical (ambulance aérienne), ambulancier paramédical mobile — soins intensifs (air), ambulancier paramédical de niveau spécialisé et ambulancier paramédical — soins intensifs (air) (Paramedics Australasia, 2012f).

[V] La Nouvelle-Zélande exige actuellement un certificat d'études supérieures spécialisées dans l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical de niveau avancé ou la validation d'un programme de formation industrielle pertinent (Paramedics Australasia, 2012f).

[W] Les autres appellations professionnelles incluent : ambulancier paramédical — soins prolongés ou ambulancier paramédical communautaire (Paramedics Australasia, 2012g).

[X] Dans certains services paramédicaux uniquement

	• Les ambulanciers paramédicaux — soins généraux doivent prendre des décisions cliniques essentielles et complexes, dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire qui implique, dans la mesure du possible, la participation du fournisseur de soins principal du patient, et sans supervision directe. • À l'heure actuelle, ces professionnels exercent principalement dans les établissements de soins communautaires, les foyers pour personnes âgées ou les établissements de soins d'appoint et occasionnellement dans les hôpitaux des régions rurales/éloignées. • Actuellement, ils sont généralement dépêchés seuls dans un véhicule spécialement équipé, sans civière, ou en qualité d'expert clinique dans un poste de communications du secours ambulancier. • Le champ d'exercice de l'ambulancier paramédical — soins généraux intègre celui des ambulanciers paramédicaux, mais inclut également l'évaluation spécialisée du patient (p. ex. prise de sang sur le lieu d'intervention, prescription d'examens radiologiques et d'analyses d'échantillon), vaccination, pose de sonde urinaire, insertion de sonde d'alimentation, réduction des luxations courantes (p. ex. luxation du doigt, luxation antérieure de l'épaule), la prise en charge spécialisée des plaies, des infections, de la déshydratation, des lésions des tissus mous, de la douleur chronique, ainsi que des soins palliatifs, et l'aiguillage vers les médecins généralistes, les infirmiers, les services de soins palliatifs et les services sociaux communautaires (Paramedics Australasia, 2012g).	• Les ambulanciers paramédicaux — soins généraux sont généralement formés par le biais de programmes internes de perfectionnement dispensés par les fournisseurs de service de l'employeur.

ANNEXE B

Tableau 4 – Documentation sur l'exercice des professions d'ambulancier paramédical et d'auxiliaire médical d'urgence, sur la collaboration interprofessionnelle et sur les services paramédicaux communautaires[y]

N°	Description	Référence
	Articles de synthèse	
1	**But :** Fournir une analyse critique des travaux de recherche portant sur le transfert des soins entre le service ambulancier et le service d'urgence dans les hôpitaux. **Méthodologie :** Les auteurs ont effectué des recherches dans les bases de données et des recherches manuelles à partir des mots clés suivants : ambulance, transfert de patient, transfert, service d'urgence, salle d'urgence, communication et transfert des soins. Les données ont été extraites, synthétisées et soumises à une évaluation critique pour fournir des données probantes sur les processus actuels de transfert des soins. **Résultats :** Sur les 252 documents trouvés, huit études ont satisfait aux critères d'inclusion relatifs au transfert des soins et au transfert du patient du service ambulancier au service d'urgence. Trois thèmes ont été identifiés lors de l'analyse : (1) des renseignements importants peuvent être négligés pendant le transfert des soins; (2) la réalisation d'un transfert des soins structuré, reposant à la fois sur des éléments écrits et oraux, permettrait d'améliorer l'échange d'information; (3) le suivi d'une formation pluridisciplinaire sur le processus de transfert des soins pourrait favoriser le travail d'équipe, l'adoption d'un langage commun et la création d'un cadre d'action permettant la transmission de renseignements minimaux sur le patient entre le service ambulancier et le service d'urgence de l'hôpital. **Conclusion :** Les connaissances relatives aux renseignements à transmettre, aux conséquences d'un transfert des soins médiocre, au transfert de responsabilité, à la perception du transfert des soins par le personnel, à la formation du personnel et à l'évaluation des stratégies recommandées pour améliorer le transfert des soins sont lacunaires. Il est indispensable d'obtenir des données probantes relatives aux stratégies mises en œuvre et de mener des recherches approfondies afin d'étudier les effets pérennes desdites stratégies. D'après les auteurs, les obstacles à la réalisation d'un transfert efficace des soins entre le service ambulancier et le service d'urgence comprennent l'absence de langage commun ou de compréhension mutuelle entre les disciplines du secteur de la santé, le manque d'attention pendant le transfert et l'incapacité à effectuer une écoute active, la qualité et le volume variables des renseignements échangés pendant le transfert, l'absence de leadership clair, le manque d'aptitudes au travail d'équipe, la surcharge de travail et la complexité de l'environnement, ainsi que la répétition des transferts. Selon eux, ces constatations suggèrent que l'efficacité et la qualité du transfert des soins dans le service d'urgence sont affectées par des facteurs s'articulant principalement autour de la communication interprofessionnelle, avec pour une conséquence le risque d'une perte d'information clinique importante. La communication interprofessionnelle intervient pendant le processus de transfert du patient entre le service ambulancier et le service d'urgence et l'on rencontre des obstacles similaires dans d'autres cas de transferts des soins pluridisciplinaires en milieu hospitalier.	Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E. et Chaboyer, W. (2010). « Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review », *in International Emergency Nursing, 18*, 210-220.

[y] Veuillez noter que les études, les programmes et les constatations présentés dans ce tableau peuvent provenir de provinces ou de pays dont le système de santé peut être extrêmement différent de celui de l'Ontario. Nous vous recommandons, si vous souhaitez vous appuyer sur l'une ou l'autre de ces sources, de communiquer avec l'auteur principal de cet examen afin qu'il vous aide à évaluer leur réplicabilité en Ontario.

N°	Description	Référence
2	**Introduction.** La réduction du nombre de transports en ambulance superflus peut s'accompagner de bénéfices d'ordre opérationnel et économique pour les organismes de services médicaux d'urgence (SMU) et les services d'urgence destinataires. Cependant, aucun consensus n'existe quant à l'aptitude des ambulanciers paramédicaux à identifier avec précision et en toute sécurité les patients ne nécessitant pas de transport en ambulance. **Objectif.** Cette revue systématique par méta-analyse évalue les études portant sur l'aptitude des ambulanciers paramédicaux étatsuniens à juger de la nécessité médicale du transport en ambulance. **Méthodologie.** Les auteurs ont interrogé les bases de données PubMed, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) et la Bibilothèque Cochrane à l'aide des termes de recherche Cochrane inhérents au secteur des soins préhospitaliers et des soins d'urgence, en combinaison avec les vedettes-matières « triage », « examen de l'utilisation », « mauvais usage des services de santé », « indice de gravité des maladies » et « indices de gravité des traumatismes ». Deux analystes ont évalué chaque titre de façon indépendante afin d'identifier les études pertinentes; chaque abrégé a ensuite fait l'objet d'une analyse indépendante visant à identifier les études nécessitant une évaluation complète. Les critères d'inclusion étaient les suivants : travaux de recherche originaux; interventions en cas d'urgence; décisions des ambulanciers paramédicaux étatsuniens quant à la nécessité médicale; et comparaison avec un étalon de référence. Le critère d'évaluation principal d'intérêt était la valeur prédictive négative (VPN) des décisions des ambulanciers paramédicaux. Pour les études faisant état de données suffisantes, la concordance entre les décisions des ambulanciers paramédicaux et les décisions de référence a été mesurée par indice kappa; la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive (VPP) ont également été calculées. **Résultats.** Parmi les 9 752 titres identifiés, 214 abrégés ont été évalués et 61 études ont été sélectionnées aux fins d'une analyse complète. Cinq études ont satisfait aux critères d'inclusion (fiabilité interévaluateurs, indice kappa = 0,75). Les étalons de référence incluaient l'opinion d'un médecin (n = 3), l'admission à l'hôpital (n = 1) et la combinaison de l'opinion d'un médecin et de l'état clinique du patient (n = 1). La VPN était comprise entre 0,610 et 0,997. Un manque d'homogénéité entre les résultats des études est à déplorer; le modèle à effets aléatoires utilisé pour la méta-analyse a fourni une VPN globale de 0,912 (intervalle de confiance de 95 % : 0,707 – 0,978). Seules deux études faisaient état de données 2×2 complètes : l'indice kappa était de 0,105 et 0,427; la sensibilité était de 0,992 et 0,841; la spécificité était de 0,356 et 0,581; et la VPP était de 0,158 et 0,823. **Conclusion.** Les résultats des rares études évaluant le jugement des ambulanciers paramédicaux étatsuniens quant à la nécessité médicale d'un transport en ambulance varient considérablement et seules deux études font état de données complètes. La VPN globale des décisions des ambulanciers paramédicaux est de 0,91 — la limite inférieure de l'intervalle de confiance se situant à 0,71. Ces données ne sont pas favorables aux pratiques consistant à confier aux ambulanciers paramédicaux le soin de déterminer si les patients ont besoin d'un transport en ambulance. Ces constatations ont des implications au niveau des systèmes SMU, des services d'urgence et des tiers payeurs. **Limites.** L'analyse principale de cette étude s'est limitée aux décisions des ambulanciers paramédicaux, car ces professionnels ont des compétences d'évaluation différentes et des connaissances plus larges par rapport aux techniciens médicaux des services d'urgence. L'intégration des décisions du personnel hors ambulanciers paramédicaux lors d'une analyse secondaire n'a toutefois pas modifié les conclusions générales. Par ailleurs, les études menées dans d'autres pays ont été exclues, car les systèmes SMU, la formation des ambulanciers paramédicaux, les attentes sociales et les environnements médico-légaux y diffèrent sensiblement et ces facteurs sont susceptibles d'influer sur le processus de prise de décision des ambulanciers paramédicaux et sur les décisions de référence quant à la nécessité médicale d'un transport en ambulance. Les études portant sur les décisions des ambulanciers paramédicaux dans divers environnements ou situations spécifiques ont également été exclues (p. ex. rassemblements de masse, centres de traumatologie).	Brown, L.H., Hubble, M.W., Cone, D.C., Millin, M., Schwatz, B., Patterson, P.D. et coll. (2009). « Paramedic Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis », *in Prehospital Emergency Care, 13*(4), 516-527.

N°	Description	Référence
3	**Buts :** Cette analyse documentaire vise à identifier les rôles nouveaux et émergents dans le contexte des soins extrahospitaliers d'urgence et à décrire les tâches qui leur incombent et leur impact. **Contexte :** Un ensemble disparate de nouvelles fonctions médicales a vu le jour sous l'effet des changements démographiques, de la demande accrue en matière de services de santé, de la modification des pratiques professionnelles et des contraintes économiques pesant sur le système de santé. Les praticiens médicaux d'urgence sont généralement des infirmiers ou des ambulanciers paramédicaux expérimentés occupant des postes autonomes mais collaboratifs en milieu extrahospitalier et assurant l'examen, le traitement, la sortie (ou l'aiguillage) des patients présentant principalement des troubles mineurs. La vision et la pratique des ambulanciers paramédicaux praticiens sont sensiblement similaires à celles du praticien médical d'urgence, mais se limitent à la profession d'ambulancier paramédical. **Sources de données :** Les bases de données MEDLINE, EMBASE et CINAHL et les deux moteurs de recherche Google et Google Scholar ont été interrogés afin de colliger les études contemporaines dans le domaine d'étude identifié. **Méthodes d'analyse :** La pertinence de toutes les publications identifiées à l'issue de ces recherches a été évaluée. Les documents consacrés aux nouveaux rôles ont été inclus (n = 34) et les études empiriques (n = 14) ont fait l'objet d'une analyse détaillée. **Résultats** : Les praticiens médicaux d'urgence et les ambulanciers paramédicaux praticiens ont un impact sur les soins prodigués aux patients, qui se caractérise notamment par une baisse moyenne de 25 % du taux de transport à l'hôpital, une amélioration de la collaboration interprofessionnelle, une rapidité de traitement et d'aiguillage et un taux élevé de satisfaction des patients. Après analyse de données économiques limitées, l'intervention des praticiens médicaux d'urgence à la place des répondants ambulanciers classiques permettrait d'économiser 31 £ (55 USD) à 37 £ (65 USD) par cas. La sécurité des patients, le recrutement et le niveau de formation ont soulevé des préoccupations, de même que les questions de réglementation et de mise en œuvre de ces fonctions. **Conclusion :** Il est nécessaire de mener des travaux plus poussés afin de comprendre les tenants et aboutissants de ces nouveaux rôles sur le plan de la sécurité des patients, de la pratique clinique, de la fonction professionnelle et des implications financières	Cooper, S.J.R. et Grant, J. (2009). « New and emerging roles in out of hospital emergency care: A review of the international literature », *in International Emergency Nursing, 17*, 90-98.
4	Cet article stipule que la « profession » d'ambulancier paramédical a été reconnue en 2003, avec l'instauration de l'inscription obligatoire et la promotion de programmes accélérés réservés aux diplômés. Les auteurs explorent les données probantes parues au sujet de l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical dans l'optique d'identifier les compétences, la formation et la capacité professionnelle qui seront indispensables aux futurs ambulanciers paramédicaux. Ils constatent que le rôle de l'ambulancier paramédical a évolué pour s'éloigner de la priorité accordée aux premiers soins de base et au transport du patient et se rapprocher progressivement d'une prise en charge de niveau supérieur capable d'influer sur le pronostic des patients présentant divers traumatismes et troubles médicaux. Les auteurs ont réalisé une analyse systématique des revues et commentaires principaux publiés entre janvier 1995 et avril 2004 et mené des discussions informelles avec des experts et des chercheurs spécialistes du domaine. L'article conclut que les données probantes de qualité parues sur la question sont trop rares pour valider bon nombre d'aspects de l'exercice actuel de la profession d'ambulancier paramédical. Pour évoluer au même rythme que les services, la formation des ambulanciers paramédicaux doit embrasser les complexités d'une pratique autonome. Il ne fait guère de doute qu'à court terme, les ambulanciers paramédicaux devront apprendre comment identifier et prendre en charge correctement un panel bien plus large de troubles fréquents, d'affections mineures et de traumatismes. Cependant, il sera surtout essentiel qu'à long terme, les ambulanciers paramédicaux apprennent à travailler ensemble pour s'approprier les philosophies élémentaires de leur profession, qui doivent s'ancrer dans des travaux de recherche valides et fiables.	Ball, L. (2005). « Setting the scene for the paramedic in primary care: A review of the literature », *in Emergency Medicine Journal, 22*(12), 896-900.

Articles parus dans des publications revues par des pairs		
5	**Objectif de l'étude :** Les données probantes suggèrent que l'instauration d'une collaboration active entre les hôpitaux et les services médicaux d'urgence (SMU) est associée de façon significative à une baisse des taux de mortalité en cas d'infarctus aigu du myocarde; toutefois, la nature d'une telle collaboration n'est pas clairement comprise. Les auteurs cherchent à caractériser les points de vue des membres clés du personnel hospitalier quant à la collaboration avec les SMU dans le cadre de la prise en charge des patients hospitalisés pour cause d'infarctus aigu du myocarde. **Méthodologie :** Analyse exploratoire des données qualitatives recueillies précédemment lors de visites sur site et d'entrevues approfondies dans 11 établissements hospitaliers étatsuniens s'étant classés parmi les 5 % les plus performants ou les moins performants en termes de taux comparatifs de mortalité par infarctus aigu du myocarde selon le risque à 30 jours, d'après les données des centres de service Medicare et Medicaid datant de 2005 à 2007. Les auteurs ont sélectionné tous les codes de l'analyse précédente les plus susceptibles d'avoir fait l'objet d'une discussion sur les SMU. Une équipe pluridisciplinaire a analysé les données en employant la méthode de comparaison constante afin de générer les thèmes récurrents. **Résultats :** Les établissements hospitaliers les plus performants comme les moins performants ont signalé que les SMU jouaient un rôle essentiel dans la prise en charge rapide des patients victimes d'un infarctus aigu du myocarde. Cependant, l'existence d'une collaboration étroite avec les SMU était plus visible dans les hôpitaux les plus performants, qui faisaient état d'un investissement spécifique en matière de SMU et d'une attention particulière portée à la relation entretenue avec ces derniers par le biais du respect témoigné envers les fournisseurs SMU en leur qualité de professionnels compétents et de collègues, de l'instauration d'une communication et d'une coordination renforcées avec les SMU et de l'implication active des SMU dans les initiatives d'amélioration de la qualité de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde à l'hôpital. **Conclusion :** Le personnel hospitalier des établissements les plus performants a décrit de vastes stratégies aux multiples facettes permettant d'appuyer la collaboration avec les SMU dans le cadre de la prise en charge des victimes d'infarctus aigu du myocarde. La corrélation entre ces stratégies et les performances des établissements hospitaliers doit être testée dans le cadre d'une étude représentative plus large. **Limites :** Les auteurs de l'étude ont notamment identifié les limites suivantes : les constatations de l'étude ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des hôpitaux et organismes SMU; le point de vue des fournisseurs SMU n'est pas évoqué; et les constatations de l'étude sont de nature qualitative et doivent faire l'objet d'une évaluation quantitative complémentaire afin de déterminer leur corrélation avec le taux comparatif de mortalité selon le risque.	Landman, A.B., Spatz, E.S., Cherlin, E.J., Krumholz, H.M., Bradley, E.H. et Currie, L.A. (2012). « Hospital collaboration with emergency medical services in the care of patients with acute myocardial infarction: Perspectives from key hospital staff », *in Annals of Emergency Medicine*, article sous presse.

6	**Introduction :** Peu d'interventions des services médicaux d'urgence (SMU) au Nouveau-Mexique ont fait l'objet d'une évaluation quant à leur efficacité, aux préjudices potentiels ou aux bénéfices éventuels. Il est possible que bon nombre des interventions venues étoffer le champ d'exercice des SMU au fil des années ne soient plus étayées par les données probantes et s'avèrent obsolètes, préjudiciables ou inefficaces dans le contexte des SMU, ce qui serait préoccupant. La réalisation d'une revue officielle du champ d'exercice des SMU de l'État, fondée sur une analyse documentaire et un consensus d'experts, a fait l'objet d'un examen. Dans la première phase du projet, une enquête a été menée auprès d'un panel national d'experts des SMU afin de hiérarchiser et d'évaluer les interventions entrant dans le champ d'exercice des SMU au Nouveau-Mexique selon un rapport utilitaire préjudice/bénéfice. **Méthodologie :** Un questionnaire électronique basé sur le texte législatif de 2010 régissant le champ d'exercice des SMU au Nouveau-Mexique a été envoyé de mars à juin 2011. Un panel national de 104 répondants, composé de directeurs médicaux des SMU de l'État ou de directeurs de bourse des SMU, a été identifié. Les répondants étaient invités à noter, sur une échelle ordinale de 5 points, le préjudice potentiel et le bénéfice éventuel inhérents à des interventions spécifiques des SMU. Les scores médians de préjudice et de bénéfice ont été calculés. **Résultats :** Au total, 88 questionnaires ont été renvoyés. Vingt-deux (22) interventions de priorité maximale (présentant un rapport médian préjudice/bénéfice > 1) ont été identifiées, ainsi que sept (7) interventions supplémentaires de priorité secondaire. Ces interventions seront soumises à une analyse documentaire formelle et à un consensus d'experts. **Conclusions :** Le projet portant sur les interventions des SMU au Nouveau-Mexique offre un modèle novateur d'évaluation du champ d'exercice d'une profession en milieu préhospitalier.	Munk, M-D., Fullerton, L. Banks, L., Morley, S., McDaniels, R. Castle, S. et coll. (2012). « Assessing EMS scope of practice for utility and risk: The New Mexico EMS interventions assessment project, Phase I results », *in Prehospital and Disaster Medicine, 27*(5), 452-457.
7	**Buts :** L'amélioration du transfert des soins est fondamentale pour répondre aux enjeux touchant la sécurité des patients. L'objectif principal de cette étude consiste à étudier les attitudes et expériences des professionnels de la santé vis-à-vis des épisodes critiques ayant trait au transfert des patients, afin de cerner les facteurs influant sur le passage de relais entre l'ambulance et l'hôpital et sur la coordination de la prise en charge au sein des établissements et entre eux. L'objectif secondaire vise à identifier les solutions susceptibles d'optimiser le transfert des soins, à savoir toute « situation au cours de laquelle la responsabilité professionnelle inhérente à certains ou à l'ensemble des volets du diagnostic, du traitement ou des soins d'un patient est transmise à une autre personne de façon temporaire ou permanente ». **Méthodologie :** Les auteurs ont mené 47 entrevues individuelles semi-structurées au sein d'un grand centre hospitalier universitaire de la Région de la Capitale, au Danemark, en 2008 et 2009 afin d'obtenir une vue d'ensemble des perceptions des cliniciens au sujet des épisodes critiques auxquels ils ont assisté dans des cas de transfert des soins. Ils ont inclus différents types de processus de transfert des soins mis en œuvre dans diverses spécialités. Au total, 23 infirmiers, 3 infirmiers auxiliaires, 13 médecins, 5 ambulanciers paramédicaux, 2 préposés aux soins et un radiographe exerçant dans différents services et unités ont été interrogés. **Résultats :** Les auteurs ont mis en évidence huit facteurs fondamentaux influant sur la sécurité des patients dans le cadre du transfert des soins : communication, information, organisation, infrastructure, professionnalisme, responsabilité, sensibilisation de l'équipe et culture. Dans cet établissement, les ambulanciers paramédicaux ont fait part d'expériences diverses en matière de communication avec les destinataires du transfert des soins. Certains avaient parfois la nette impression que les renseignements importants qu'ils transmettaient n'étaient pas tous pris en compte, notés, reçus ou compris en raison de l'insuffisance des structures organisationnelles. **Conclusions :** Les huit facteurs identifiés démontrent la complexité du transfert des soins. L'établissement ne considérait pas le transfert des patients comme un élément critique touchant la sécurité en cas d'hospitalisation, signe que la culture de sécurité en la matière est immature. On constate un cloisonnement du travail et bon nombre des obstacles au transfert des soins semblent résulter du fait que seuls quelques fournisseurs de soins de santé ont une vue d'ensemble du parcours complet du patient.	Siemsen, I. M. D., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B., Østergaard, D. (2012). « Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study », *in Scandinavian Journal of Public Health, 40*(5), 439-448.

8	Cet article évoque les différences entre les principaux modèles d'organisation des services médicaux d'urgence (SMU) internationaux : le modèle anglo-américain et le modèle franco-allemand. Le modèle anglo-américain se fonde sur la doctrine dite « scoop and run », dont l'objectif est de transférer les patients à l'hôpital dans les plus brefs délais en pratiquant le moins d'interventions préhospitalières possible. Ce modèle est généralement associé à l'intervention des services de sécurité publique, comme la police ou les pompiers, plutôt que des services de santé publique et des hôpitaux. Le modèle franco-allemand de prestation des SMU se fonde quant à lui sur la doctrine dite « stay and stabilize », dont l'objectif est d'amener l'hôpital jusqu'aux patients. Ce modèle repose généralement sur l'intervention de médecins au vaste champ d'exercice qui disposent d'un matériel à la pointe de la technologie. Cet article explique en outre qu'à l'heure actuelle, les caractéristiques et pratiques en vigueur varient entre les systèmes SMU internationaux, mais se rapprochent toutes d'une manière ou d'une autre des principaux modèles d'organisation des SMU. L'objectif des systèmes SMU internationaux consiste à adapter un modèle répondant aux besoins locaux et ciblant divers facteurs culturels, politiques et financiers propres à chaque collectivité. La préconisation d'un système unique pour tous s'avère une démarche hasardeuse au vu des changements rapides que connaît la société. En conclusion, l'article souligne qu'en 2004, le Sultanat d'Oman a instauré un système SMU fondé sur le modèle anglo-américain, sous l'égide de la Royal Oman Police. Ce modèle est conçu pour prendre en charge les traumatismes consécutifs à un accident de la route, les soins préhospitaliers étant prodigués par des techniciens médicaux des services d'urgence formés à toutes les techniques avancées de maintien des fonctions vitales.	Al-Shaqsi, S. (2010). « Models of international emergency medical service systems », *in Oman Medical Journal*, *25*(4), 320-323.
9	Cette publication signale la croissance du secteur ambulancier privé, malgré les interdictions relatives à la prestation des services ambulanciers qui sont en vigueur dans la quasi-totalité des États et territoires d'Australie. En dépit de ces mesures législatives, il semble qu'aucune poursuite judiciaire ne soit prévue à l'encontre des fournisseurs de services ambulanciers privés et, de fait, les gouvernements jugent probablement qu'ils répondent à un besoin et réduisent la demande de services hors cas d'urgence auprès des services ambulanciers publics. L'article donne une définition des services ambulanciers et décrit les interdits applicables dans chaque territoire de compétence australien. Selon les auteurs, pour s'assurer que les fournisseurs de services ambulanciers continuent à offrir au grand public une prise en charge de qualité, un système d'inscription des ambulanciers paramédicaux approuvé sur le plan juridique doit être instauré et l'utilisation de diverses appellations d'emploi associées au secteur préhospitalier doit être réglementée.	Eburn, M. et Bendall, J.C. (2010). « The provision of Ambulance Services in Australia: a legal argument for the national registration of paramedics », *in Journal of Emergency Primary Health Care*, *8*(4).

10	**Contexte :** Le transfert des soins entre les ambulanciers paramédicaux et l'équipe de traumatologie s'effectue dans l'urgence et les ambulanciers paramédicaux doivent souvent relayer des problèmes complexes auprès de multiples intervenants. Selon des données probantes, cette transition est sujette à une perte d'information. Ce projet a pour objectif (1) de compiler un ensemble de données minimal pour aider les ambulanciers paramédicaux à réaliser le transfert des soins; (2) d'identifier les attributs d'efficacité et d'inefficacité d'un transfert des soins; (3) d'évaluer la faisabilité d'une transmission avancée des données; et (4) de déterminer la disposition optimale des données dans les postes de travail en traumatologie. **Méthodologie :** Étude qualitative des ambulanciers paramédicaux et des membres des équipes de traumatologie en Australie. Une analyse thématique a été réalisée d'après une théorie ancrée dans des données empiriques. **Résultats :** Les auteurs ont interrogé 10 ambulanciers paramédicaux et 17 membres des équipes de traumatologie. Un ensemble de données minimal, adapté à partir d'un modèle existant, a été constitué afin d'inclure les points dont l'équipe de traumatologie a besoin pour décider d'un traitement immédiat; les ambulanciers paramédicaux et les équipes de traumatologie se sont accordés pour dire que l'utilisation d'un modèle permettant la transmission de renseignements minimaux était un concept intéressant et que les données incluses dans le modèle MIST[z] (mécanisme de la blessure/maladie, lésions [effectives ou présumées], signes [y compris les observations et mesures de surveillance], traitement administré) étaient appropriées. Les répondants ont déclaré que pour être efficace, un transfert des soins devait être concis et structuré et devait inclure uniquement les données vitales nécessaires à une prise en charge directe et immédiate. L'expérience s'est avérée un facteur clé dans la capacité à réaliser un transfert des soins réussi. La présence du personnel compétent pour prendre le relais et sa capacité à effectuer une écoute active sont également des facteurs importants aux yeux des ambulanciers paramédicaux pour garantir un transfert des soins de qualité. À l'inverse, trois ambulanciers paramédicaux, cinq médecins et trois infirmiers ont indiqué que l'inefficacité d'un transfert des soins se caractérisait par la communication de renseignements perçus comme parasites et par la survenue d'interruptions. Tandis que trois ambulanciers paramédicaux ont jugé que le désintérêt des membres de l'équipe de traumatologie influait sur leur capacité à réaliser un transfert efficace des soins et que le manque d'attention manifesté par ces derniers les obligeait souvent à se répéter, trois membres des équipes de traumatologie ont déclaré faire preuve de désintérêt dès lors que les ambulanciers paramédicaux commençaient à s'exprimer de façon incohérente. Un grand nombre de voix se sont élevées en faveur de la transmission avancée des données vers l'établissement destinataire. Bien que les ordinateurs portatifs dont sont équipés les ambulanciers paramédicaux soient capables d'exporter des données vers l'hôpital destinataire, divers obstacles tels que les contraintes de temps, les problèmes de flux des travaux et la question de la prévention des infections empêchent de procéder ainsi dans l'environnement actuel. **Discussion :** On constate un soutien en faveur de l'adoption et de l'évaluation approfondie d'un modèle de transfert des soins, permettant de fournir une structure utile lors d'un transfert des soins réalisé en personne et susceptible, d'après l'expérience acquise dans d'autres spécialités, de contribuer à minimiser la perte d'information. Les stratégies visant à permettre la transmission des renseignements avant l'arrivée du patient doivent prendre en compte les préoccupations formulées par les ambulanciers paramédicaux. **Limites :** L'une des limites repose sur le fait que les ambulanciers paramédicaux ayant l'expérience du transfert des soins en cas de traumatisme ont été sélectionnés à dessein aux fins de cette étude; les ambulanciers paramédicaux moins expérimentés sont donc susceptibles d'identifier d'autres obstacles à la transmission des renseignements à l'équipe de traumatologie (bien que la plupart des victimes de traumatisme soient transférées par les ambulanciers paramédicaux — soins intensifs, par voie terrestre et aérienne).	Evans, S. M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S. et Cameron, P. (2010a). « Clinical handover in the trauma setting: A qualitative study of paramedics and trauma team members », *in Quality and Safety in Health Care, 19*, e57.

[z] Le modèle MIST est un outil conçu pour aider les ambulanciers paramédicaux à transmettre les renseignements relatifs au patient de façon systématique. Il les invite à communiquer à l'équipe de traumatologie : le mécanisme de la blessure, les lésions subies, la sémiologie de la blessure et le traitement administré (Evans et coll., 2010a).

11	**Introduction :** Un transfert efficace des soins a pour objectif la transmission harmonieuse des renseignements médicaux entre les fournisseurs de soins. Le transfert des soins entre les ambulanciers paramédicaux et l'équipe de traumatologie nécessite de relever divers défis pour éviter toute perte d'information. De fait, il s'effectue souvent dans l'urgence et il n'est pas rare que les notes cliniques des ambulanciers paramédicaux parviennent en retard à l'équipe de traumatologie. La documentation par les membres de l'équipe de traumatologie doit être précise. Cette étude évalue la perte d'information survenant lors du transfert des patients entre le lieu d'intervention et le centre de traumatologie et la discordance entre les renseignements documentés. **Méthodologie :** Vingt-cinq victimes de traumatisme transportées en ambulance jusqu'à un centre tertiaire de prise en charge des urgences et des traumatismes ont été sélectionnées aléatoirement. Les enregistrements sonores (en milieu préhospitalier) et sur bande vidéo (en milieu hospitalier) réalisés lors des transferts des soins ont été comparés à la documentation écrite correspondante. **Résultats :** En milieu préhospitalier, 171/228 données transmises par les ambulanciers paramédicaux à l'équipe de traumatologie ont été documentées (75 %), contre 335/498 (67 %) en milieu hospitalier. Les renseignements les moins susceptibles d'être documentés par l'équipe de traumatologie (1) en milieu préhospitalier se rapportaient au traitement administré; et (2) concernaient la sémiologie en milieu hospitalier. Bien que 79 % des renseignements aient été documentés ultérieurement par les ambulanciers paramédicaux, 9 % (n = 59) des renseignements n'ont été documentés ni par l'équipe de traumatologie, ni par les ambulanciers paramédicaux et représentent donc une perte d'information. Dans sept cas, les renseignements transmis ne concordaient pas avec la documentation. Les divergences portaient notamment sur les allergies et les sites des lésions du patient (n = 2). Les renseignements démographiques étaient fortement susceptibles d'être documentés, mais non d'être transmis, par les ambulanciers paramédicaux. **Conclusion :** En documentant les lacunes du transfert des soins, les auteurs peuvent identifier les points faibles et les stratégies permettant de capturer ces renseignements. **Limites :** Cette étude fait l'objet de plusieurs limites : d'une part, son ampleur est relativement restreinte et se limite aux victimes de traumatisme; les auteurs ne sont donc pas en mesure d'affirmer que ces constatations peuvent être généralisées à d'autres centres de prise en charge des urgences et des traumatismes, services d'urgence ou groupes de patients; d'autre part, comme dans le cadre de toute étude observationnelle, une modification du comportement des ambulanciers paramédicaux ou des membres des équipes de traumatologie se sachant observés n'est pas à exclure.	Evans, S.M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith S., Andrianopolous, N. et Cameron, P. (2010b). « Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team », *in Injury: International Journal of the Care of the Injured, 41*, 460-464.

12	**Contexte :** Au cours du siècle dernier, la fonction d'ambulancier paramédical en Australie a considérablement évolué; exerçant à l'origine le rôle de conducteur d'ambulance, il s'agit aujourd'hui d'un praticien et d'un membre à part entière du système de santé australien. Cependant, la discipline d'ambulancier paramédical n'est pas considérée aujourd'hui dans ce pays comme une profession de plein exercice. Il est donc question ici de savoir si la discipline est aujourd'hui convaincue d'être une profession et désire obtenir un véritable statut professionnel. **Objectifs :** Cet article vise à évaluer si les ambulanciers paramédicaux australiens considèrent la discipline comme une profession et si cette communauté souhaite obtenir le statut de profession en Australie. **Méthodologie :** Cette étude portait sur un échantillon de commodité incluant les participants à l'inauguration de la National Association Paramedic Academics organisée en septembre 2008. Un questionnaire d'auto-déclaration sur papier a permis d'étudier les attitudes concernant la professionnalisation. **Constatations :** Au total, 63 experts ont participé à cette étude. Quarante participants (63,5 %) étaient des hommes et 23 (36,5 %) des femmes, et 44 % des répondants (n = 28) étaient âgés de 35 à 44 ans. La majorité des participants ont déclaré que la discipline d'ambulancier paramédical gagnerait à être reconnue comme une profession de plein exercice (moyenne = 4,62; écart-type = 0,771) en Australie et que le secteur de l'éducation supérieure avait un rôle important à jouer dans ce processus (4,49; écart-type = 0,74). La majorité des répondants a estimé que l'inscription nationale ne serait pas mise en place au cours des deux prochaines années (moyenne = 2,52; écart-type = 1,12). Les auteurs ont constaté une différence significative (p = 0,001) entre les participants originaires de l'État de Victoria, de Nouvelle-Zélande et de l'État du Queensland quant à la concrétisation du processus d'inscription nationale pour la discipline d'ambulancier paramédical. **Conclusions :** Cette enquête met en évidence deux constatations en rapport avec la professionnalisation de la discipline d'ambulancier paramédical en Australie. Premièrement, cette discipline n'est pas considérée comme une profession et deuxièmement, ses représentants souhaitent qu'elle soit reconnue en tant que telle. D'autres facteurs professionnels comme l'inscription nationale, l'autonomie et l'élaboration d'un corpus de connaissances spécifique doivent faire l'objet d'un examen approfondi. Cette étude souligne qu'à l'heure actuelle, deux attributs font défaut au secteur des ambulanciers paramédicaux en Australie : l'autorité professionnelle et l'existence d'un corpus de connaissances spécifique. Selon l'article, ces lacunes s'expliqueraient par l'absence d'inscription nationale, de réglementation, d'accréditation ou de normes nationales relatives aux programmes de formation des ambulanciers paramédicaux.	Williams, B., Onsman, A. et Brown, T. (2010). « Is the Australian Paramedic Discipline a Full Profession? », *in Journal of Emergency Primary Health Care*, *8*(1).

13	**Introduction :** On en sait peu sur l'efficacité de la transmission des renseignements médicaux du patient entre le personnel des services médicaux d'urgence (SMU) et les cliniciens du service d'urgence prenant le relais. Il peut s'avérer utile d'en savoir plus sur les événements préhospitaliers et les constatations associées afin de garantir la rapidité et la pertinence des soins. La documentation en traumatologie recense 16 données préhospitalières qui influent sur l'issue de chaque cas et devraient donc être incluses dans le compte rendu des SMU, le cas échéant. **Objectif :** Déterminer l'ampleur de la dégradation des renseignements communiqués par les SMU lors du transfert des soins d'une victime de traumatisme. **Méthodologie :** Dans un centre de traumatologie de niveau I, les patients satisfaisant aux critères d'intervention d'une équipe de traumatologie de niveau maximal (« traumatisme grave ») ont été recrutés. Dans le cadre de l'amélioration des performances de routine, les médecins en chef du programme de traumatologie ont visionné tous les enregistrements sur bande vidéo disponibles illustrant la prise en charge des victimes de traumatisme grave afin de vérifier si les données appropriées au cas avaient été « transmises » oralement par le fournisseur SMU. Deux médecins des SMU ont ensuite examiné de façon indépendante les notes figurant dans le dossier de l'équipe de traumatologie à raison de 50 % de l'échantillon chacun (et d'une sélection aléatoire commune de 15 % des dossiers aux fins d'évaluation du consensus) et vérifié si les mêmes éléments avaient été documentés (« reçus ») par l'équipe de traumatologie. L'accent était placé sur les données qui avaient été « transmises » mais pas « reçues ». **Résultats :** Lors de 96 transferts de patients, 473 éléments au total ont été transmis, parmi lesquels 329 ont été reçus (69,6 %). Sur la base du dossier moyen, 72,9 % des données transmises ont été reçues (intervalle de confiance de 95 % : 69,0 % – 76,8 %). Les renseignements les plus fréquemment communiqués étaient le mécanisme de la blessure (94 fois), le siège anatomique de la blessure (81 fois) et l'âge (67 fois). Les données relatives à l'hypotension préhospitalière ont été reçues seulement 10 fois sur 28; le score de Glasgow préhospitalier seulement 10 fois sur 22 et la fréquence cardiaque seulement 13 fois sur 49. **Conclusions :** Même lors du transfert direct d'un patient unique réalisé oralement entre les fournisseurs SMU et les cliniciens hospitaliers dans un environnement contrôlé, seules 72,9 % des données préhospitalières essentielles transmises par le personnel SMU étaient documentées par les destinataires en milieu hospitalier. Divers éléments tels que l'hypotension préhospitalière, le score de Glasgow et d'autres signes vitaux mesurés en milieu préhospitalier n'étaient souvent pas consignés. Il convient de réaliser une étude minutieuse des méthodes de « transmission » et de « réception » des données dans le cas du transfert des victimes de traumatisme et de tous les autres patients. **Limites :** L'une des principales limites de cette étude réside dans la fréquence inattendue (30 %) d'enregistrement sur bande vidéo des évaluations de traumatisme grave, qui a restreint la taille d'échantillon prévue[aa]. Par ailleurs, les médecins SMU qui ont procédé à l'extraction des données à partir des dossiers médicaux ne disposaient d'aucun processus pour résoudre les divergences (p. ex. pour déterminer s'il fallait attribuer un quelconque crédit aux renseignements incomplets indiquant « plus de 70 mi/h » ou « grande vitesse » au lieu de la vitesse réelle de la collision). Les auteurs ont également noté la possibilité que l'équipe de traumatologie ait obtenu certains renseignements auprès d'une autre source en dehors du transfert des soins, ou ait eu connaissance de renseignements sans pour autant les consigner dans le dossier, ce qui conduirait à une estimation incorrecte de l'ampleur de la perte d'information.	Carter, A. J. E., Davis, K A., Evans, L. V. et Cone, D. C. (2009). « Information loss in emergency medical services handover off trauma patients », *in Prehospital Emergency Care, 13*, 280-285.

[aa] Ce fait peut avoir plusieurs explications, dont l'échec d'activation du système d'enregistrement sur bande vidéo et l'activation retardée du système (après la réalisation du transfert des soins par les SMU). Cependant, étant donné que les renseignements démographiques associés aux transferts des soins à l'étude étaient cohérents avec la population générale des « victimes de traumatisme grave » observée dans l'établissement, les auteurs jugent que les données présentées portent sur un échantillon représentatif.

14	**Contexte :** Un projet de formation des ambulanciers paramédicaux visant à étendre leur rôle à la prise en charge des personnes âgées après une demande de sortie d'ambulance en urgence a été mis sur pied dans une grande ville britannique. **Objectifs :** Évaluer le rapport coût-efficacité du projet relatif aux ambulanciers paramédicaux praticiens par rapport aux soins d'urgence ordinaires. **Méthodologie :** Un essai comparatif randomisé par grappes a été réalisé afin de comparer la prise en charge par les ambulanciers paramédicaux praticiens et les soins ordinaires. Les semaines d'activité (intervention) ou de non-activité (témoin) du projet relatif aux ambulanciers paramédicaux praticiens ont été attribuées aléatoirement au groupe à l'étude. Les données d'utilisation des ressources ont été recueillies auprès de sources de routine et à l'aide de questionnaires remplis par les patients et portant sur les événements survenus jusqu'à 28 jours après l'intervention. Les données EQ-5D ont également été recueillies à 28 jours. **Résultats :** Alors que le groupe d'intervention a été plus souvent en contact avec les ambulanciers paramédicaux praticiens, une réduction de la proportion des visites au service d'urgence (53,3 % contre 84,0 %) et de la durée du séjour au service d'urgence (126,6 minutes contre 211,3) a été observée. Certaines données probantes ont également démontré un recours accru aux services de santé dans les jours suivant l'incident chez les patients du groupe d'intervention. Globalement, les coûts totaux relatifs au groupe d'intervention s'élevaient à 140 £ de moins, au regard des données de routine (p = 0,63). Après prise en compte simultanée des coûts et des années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), les ambulanciers paramédicaux praticiens avaient une probabilité supérieure à 95 % de présenter un rapport coût-efficacité positif à hauteur de 20 000 £ par AVAQ. **Conclusion :** Diverses modifications en termes d'utilisation des ressources sont associées au recours aux ambulanciers paramédicaux praticiens. Au vu des résultats économiques et des bénéfices cliniques, opérationnels et pour le patient, il conviendrait d'envisager la mise en œuvre élargie et l'évaluation de ce type de projets.	Dixon, S., Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Wardrope, J., Snooks, H. et coll. (2009). « Is it cost effective to introduce paramedic practitioners for older people to the ambulance service? Results of a cluster randomized control trial », *in Emergency Medicine Journal, 26*, 446-451.

15	**But :** Cette étude longitudinale a été mise au point pour répondre à quatre questions de recherche et pour étudier l'hypothèse selon laquelle la prestation des services de santé primaires et des services médicaux d'urgence par une équipe formée d'un infirmer praticien et d'ambulanciers paramédicaux intervenant sur site, ainsi que d'un médecin de famille hors site, auprès d'adultes résidant dans une collectivité insulaire rurale de Nouvelle-Écosse se traduirait, au fil du temps, par l'obtention de données probantes à l'appui d'une amélioration de l'adaptation psychosociale et d'une diminution des dépenses des ressources sanitaires. **Contexte :** Au Canada, on observe une sensibilisation accrue aux enjeux touchant la prestation des services de santé primaires dans les régions rurales, accompagnée d'une volonté croissante de répondre à cette problématique. Le modèle décrit dans cet article a été élaboré car certains dirigeants communautaires préoccupés ont fait pression pour améliorer l'accès à ces services. En réponse, les Services d'urgences de santé (SUS) ont décidé qu'il était possible d'optimiser l'utilisation des ambulanciers paramédicaux stationnés dans les îles sans interruption, ces derniers n'intervenant que tous les trois jours suite à un appel d'urgence. Après avoir suivi un programme de formation, les ambulanciers paramédicaux ont commencé à évaluer et à prendre en charge les cas de blessures simples, à administrer des injections antitétaniques et des vaccins contre la grippe et à réaliser des évaluations à domicile. La réponse des habitants s'est avérée positive; néanmoins, les initiatives en faveur d'un nouvel élargissement de la gamme des services se sont poursuivies. Les SUS ont donc instauré le modèle de soins « infirmier praticien–ambulancier paramédical–médecin » et commandité une évaluation indépendante. Une analyse documentaire s'est révélée favorable à l'intervention des infirmiers praticiens dans la prestation des soins primaires et à l'éventualité d'un rôle à jouer pour les ambulanciers paramédicaux. Aucune étude ayant évalué la prise en charge coordonnée des soins primaires par les infirmiers praticiens, les ambulanciers paramédicaux et les médecins n'a été identifiée. **Méthodologie :** Les auteurs ont eu recours à des questionnaires structurés, ainsi qu'à des entrevues individuelles et collectives avec des patients, des fournisseurs et administrateurs de services de santé et de services sociaux et des membres de la collectivité, pour décrire et évaluer l'impact du modèle de soins sur les trois années de l'étude. **Constatations :** Ce modèle de soins novateur a conduit à une réduction des coûts, une meilleure accessibilité, un taux élevé d'acceptation et de satisfaction et une collaboration efficace entre fournisseurs de soins. Les participants ont fait état d'une collaboration positive au sein de l'équipe de soins principale, ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe de soins pluridisciplinaires du secteur. Les défis identifiés les premières années quant à la collaboration entre infirmiers praticiens et ambulanciers paramédicaux n'ont pas été mentionnés dans les entrevues organisées au terme du projet. Au contraire, les participants ont souligné l'efficacité de la collaboration et de la coopération entre les infirmiers praticiens et les ambulanciers paramédicaux. Des structures organisationnelles à l'appui de ce modèle de soins primaires novateur ont été identifiées.	Matin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., Cain, E. et Girouard, M. (2009). « Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: The Long and Brier Islands study », *in Primary Health Care Research and Development, 10*(1), 14-25.

16	Au cours des 120 dernières années, le secteur paramédical australien a connu des changements spectaculaires, sous l'effet et l'éclairage de diverses forces sociales, sanitaires, économiques, professionnelles et politiques. Cependant, ces changements se sont peu reflétés dans la perception de la discipline en tant que profession ou dans la manière dont ses effectifs sont formés, socialisés et instruits. Ce document étudie les corrélations entre professionnalisation et formation dans le domaine paramédical. À l'heure actuelle, les ambulanciers paramédicaux sont au mieux considérés comme une « semi-profession » et la question est de savoir si la discipline désire effectivement obtenir le statut de profession de plein exercice. Les auteurs effectuent des comparaisons avec les professions d'infirmier et de physiothérapeute, exposant *comment* et *pourquoi* elles ont évolué du statut semi-professionnel vers la pleine reconnaissance, pour débattre ensuite des lacunes dont souffre actuellement la discipline d'ambulancier paramédical. D'après un examen des attributs professionnels classiques, la discipline semble présenter des manquements dans trois domaines : 1) la délimitation de son champ d'application professionnel, notamment par rapport aux professions apparentées (et concurrentes) reconnues, 2) l'inscription nationale et la réglementation résultant de l'auto-contrôle professionnel et de l'accréditation, et 3) le rôle de l'éducation supérieure et l'élaboration d'un corpus de connaissances professionnelles spécifique. Enfin, les auteurs arguent du fait que la prise en compte et le comblement des lacunes par les décisionnaires, les organismes de réglementation, les employeurs et les universitaires aboutiront à la formulation de stratégies fortement susceptibles de donner un statut professionnel aux ambulanciers paramédicaux d'Australie.	Williams, B., Onsman, A. et Brown, T. (2009). « From stretcher-bearer to paramedic: the Australian paramedics' move towards professionalisation », *in Journal of Emergency Primary Health Care*, *7*(4).
17	**But :** Évaluer l'instauration d'un nouveau service dans le cadre duquel un infirmier et un ambulancier paramédical répondent en binôme aux appels d'urgence non urgents. **Contexte :** On observe une hausse régulière de la demande auprès des services ambulanciers d'urgence, à l'échelle nationale (au Royaume-Uni) comme à l'échelle internationale. Une grande proportion des appels reçus par les services ambulanciers d'urgence sont jugés non urgents. La mise en place d'une solution alternative de réponse à ces appels permettrait donc de libérer le service ambulancier ordinaire pour les interventions plus urgentes. Un projet pilote a été lancé dans une fiducie des services ambulanciers d'Angleterre, avec l'appui de la fiducie des soins primaires locale, afin de proposer un autre moyen d'intervention dans les cas d'appels d'urgence non urgents. Celui-ci consistait à envoyer un infirmier de quartier ou un infirmier praticien d'urgence aux côtés d'un ambulancier paramédical lors des sorties d'ambulance de faible priorité. Le service pilote a été mis à l'essai en 2003–2004 sur une période de 15 semaines. **Méthodologie :** Ce document évalue le rapport coût-efficacité du service pilote d'après l'utilisation des ressources et les résultats du service. **Constatations :** Il a été constaté que l'intégration de ce service au sein du système de prestation actuel augmenterait le coût global des services ambulanciers. Cependant, une baisse du taux de transport à l'hôpital a été observée du fait de la possibilité de traiter les patients sur place, laquelle aboutirait à une diminution du nombre d'admissions dans les services de prise en charge des accidentés et les services d'urgence et du nombre d'hospitalisations connexes. Cet article fournit une indication selon laquelle ce type de service est susceptible de présenter un rapport coût-efficacité positif, si l'on considère l'économie du système de santé au sens large, dans la mesure où les économies réalisées au niveau des soins secondaires pourraient dépasser les coûts inhérents à une telle prestation des services ambulanciers.	Widiatmoko, D., Machen, I., Dickinson, A., Williams, J. et Kendall, S. (2008). « Developing a new response to non-urgent emergency calls: Evaluation of a nurse and paramedic partnership intervention », *in Primary Health Care Research and Development*, *9*, 183-190.

18	**Objectif :** Identifier les cas de collaboration et les entraves à celle-ci et produire un modèle d'activité collaborative. **Méthodologie :** Une étude de cas cliniques de 12 mois (2005–2006) reposant sur une méthodologie mixte a été réalisée dans une grande fiducie des services ambulanciers au Royaume-Uni. La collaboration a été mesurée par notation observationnelle directe des compétences de communication, du travail d'équipe et du leadership chez 24 praticiens médicaux d'urgence pluridisciplinaires, par le biais d'entrevues avec 45 praticiens médicaux d'urgence et intervenants et à l'aide d'une vérification menée auprès de 611 patients. **Résultats :** Selon une démarche qualitative générique, les données observationnelles et les entrevues ont révélé qu'un grand nombre de relations des praticiens médicaux d'urgence avec les autres professions étaient influencées par les trois facteurs clés suivants : (i) le rôle du praticien médical d'urgence : par exemple, les « codes » de communication des transports réglementés, l'accent placé sur la diminution du nombre d'admissions, les frustrations par rapport à l'attribution des tâches dans la prise en charge des patients et les divergences d'opinion sur le leadership et le travail d'équipe; (ii) la formation : les éléments moteurs en faveur d'une formation de deuxième cycle universitaire axée sur la pratique clinique multiprofessionnelle, les exigences de perfectionnement des compétences dans les unités de prise en charge des blessures mineures et la pratique générale et le besoin de la supervision/du mentorat d'un clinicien; (iii) les points de vue culturels : les divergences d'opinion sur la pratique interprofessionnelle entre les cols bleus et les nouveaux cols blancs, les conflits de pouvoir et de communication et le manque de compréhension du rôle des praticiens médicaux d'urgence. Les constatations d'ordre quantitatif sont présentées par ailleurs. **Conclusions :** Le modèle final d'activité collaborative suggère que les praticiens médicaux d'urgence ont un impact sur les soins des patients, mais qu'il est possible d'apporter des améliorations. Les auteurs de l'étude recommandent la nomination de praticiens médicaux d'urgence cliniciens en chef, la mise en place d'une formation diplômante axée sur la pratique clinique multiprofessionnelle, d'une formation en communication et d'une supervision clinique, ainsi que la nomination de praticiens médicaux d'urgence multiprofessionnels.	Cooper, S., O'Carroll, J., Jenkin, A. et Badger, B. (2007). « Collaborative practices in unscheduled emergency care: Role and impact of the emergency care practitioner – qualitative and summative findings », *in Emergency Medicine Journal, 24*, 625-629.
19	**Buts :** Étudier les perceptions des patients et du personnel à propos d'un service pilote chargé d'affecter un infirmier et un ambulancier paramédical aux sorties d'ambulance de faible priorité. **Méthodologie :** Les opinions des patients du groupe pris en charge par le service pilote et du groupe d'intervention des services ordinaires ont été recueillies par le biais d'une enquête qualitative et d'entrevues individuelles. Les perceptions du personnel ont été étudiées dans le cadre de deux groupes échantillons. Des questionnaires ont été envoyés à un échantillon de commodité de 128 patients pris en charge par le service pilote et à 128 patients bénéficiant du service ordinaire. À l'origine, 19 répondants au questionnaire ont accepté de prendre part à une entrevue. Les groupes échantillons (n = 11) étaient constitués d'infirmiers et d'ambulanciers paramédicaux participant à la prestation du service pilote. **Résultats :** Soixante-quatre questionnaires ont été renvoyés et 11 entrevues ont été menées. Les patients bénéficiant du service pilote étaient enthousiastes à l'idée de pouvoir recevoir des soins à domicile. La participation au service pilote a été considérée comme une expérience positive par le personnel, qui s'est senti capable d'intervenir efficacement en tirant parti des connaissances et compétences combinées du binôme et a estimé que la qualité des soins prodigués aux patients s'était améliorée. Le personnel a également fait part d'une satisfaction accrue au travail et d'une évolution de ses compétences. **Conclusion :** Le point de vue des patients comme du personnel à propos de ce service pilote s'est révélé positif. Les patients ont apprécié d'être pris en charge à domicile et le personnel a jugé que le travail d'équipe permettait de prodiguer des soins mieux adaptés aux patients et favorisait le perfectionnement interprofessionnel.	Machen, I., Dickinson, A., Williams, J., Widiatmoko, D. et Kendall, S. (2007). « Nurses and paramedics in partnership: Perceptions of a new response to low-priority ambulance calls », *in Accident and Emergency Nursing, 15*, 185-192.

20	**Contexte :** Un praticien médical d'urgence est un praticien généraliste issu principalement du milieu paramédical et infirmier. Les praticiens médicaux d'urgence suivent une formation théorique et acquièrent des compétences cliniques étendues afin d'être en mesure d'intégrer une équipe de santé travaillant dans le contexte élargi des soins d'urgence et des soins non programmés. À l'heure actuelle, ils exercent dans différents milieux de santé au Royaume-Uni. **Objectifs :** (1) Évaluer l'adéquation, la satisfaction et le coût inhérents à l'intervention des praticiens médicaux d'urgence, en comparaison du service ordinaire disponible dans le même milieu de santé; (2) mieux comprendre l'influence, le cas échéant, des praticiens médicaux d'urgence sur la prestation des services de santé à l'échelon local; et (3) déterminer si l'intervention des praticiens médicaux d'urgence permet de réaliser des économies. **Méthodologie :** Les auteurs ont adopté une démarche méthodologique mixte pour recueillir des données quantitatives et qualitatives dans trois types de milieu des soins de santé où exercent les praticiens médicaux d'urgence, dans trois régions d'Angleterre. Pour ce faire, ils ont envoyé deux questionnaires à chaque patient admissible à une prise en charge par les praticiens médicaux d'urgence, 3 jours et 28 jours après la consultation; ils ont mené des entrevues téléphoniques avec un échantillon du personnel incluant des praticiens médicaux d'urgence, d'autres professionnels de la santé et des intervenants du système de santé (p. ex. responsables) dans chacun des trois milieux; et ils ont analysé les données de routine pour se forger une opinion sur les coûts. **Résultats :** Après ajustement selon l'âge, le sexe, le motif de consultation et le modèle de service, certaines différences ayant trait aux processus de soins ont été observées entre les praticiens médicaux d'urgence et les fournisseurs de soins traditionnels intervenant dans ces trois milieux. De manière générale, les praticiens médicaux d'urgence ont réalisé moins d'interrogatoires, administré davantage de traitements et se sont avérés plus enclins à renvoyer les patients chez eux que les fournisseurs traditionnels. Les patients étaient satisfaits des soins prodigués par les praticiens médicaux d'urgence dans les trois milieux. Il a été constaté que les praticiens médicaux d'urgence exercent dans différents milieux en dehors des limites de la pratique traditionnelle et ont un impact sur la reconfiguration de la prestation de ces services à l'échelon local. En ce qui concerne les coûts (renseignements fondés sur l'étude d'un site uniquement), les soins prodigués par les praticiens médicaux d'urgence pourraient présenter un rapport coût-efficacité positif dans ce modèle d'activité. **Conclusion :** La prise en charge par les praticiens médicaux d'urgence semble réduire la nécessité d'un aiguillage ultérieur vers d'autres services d'urgence et de soins non programmés dans une grande partie des cas. Les auteurs n'ont obtenu aucune donnée probante indiquant que les soins prodigués par un praticien médical d'urgence étaient moins appropriés que ceux prodigués par les fournisseurs prenant habituellement en charge le même type de troubles médicaux. **Limites :** Les auteurs ont identifié plusieurs limites inhérentes à cette étude. Ils font remarquer qu'elle se fonde sur l'auto-déclaration d'un recours aux services de santé à 28 jours pour juger de l'adéquation des soins. Ils notent également qu'une possible sélectivité découlant de la méthode de recrutement des patients a pu biaiser les comparaisons établies. Par ailleurs, ils préviennent que les constatations d'ordre financier doivent être considérées avec prudence, car les économies d'environ 291 £ (566 USD) par patient et par praticien observées dans le service 1 ont été calculées sur la base de données limitées à un environnement opérationnel et ne sont pas forcément généralisables. Enfin, ils soulignent qu'au sein d'un modèle d'intervention des praticiens médicaux d'urgence rattaché au numéro d'urgence 999, cette constatation peut différer selon que le praticien exerçait précédemment en qualité d'infirmier, d'ambulancier paramédical ou dans un autre contexte.	Mason, S., O'Keefe, C., Coleman, P., Edlin, R. et Nicholl, J. (2007). « Effectiveness of emergency care practitioners working within existing emergency models of care », *in Emergency Medicine Journal, 24*, 239-243.

21	**Introduction :** Cet article analyse comment l'implication communautaire des ambulanciers paramédicaux exerçant un rôle étendu contribue à la fois à l'amélioration des soins de santé primaires et de la capacité d'intervention d'urgence globale dans les collectivités rurales. Pour ces régions, il est important de comprendre comment les ambulanciers paramédicaux au champ d'exercice étendu peuvent renforcer les collaborations communautaires dans le secteur de la santé, car la faiblesse des effectifs rend l'innovation indispensable. **Méthodologie :** En Australie, quatre exemples des rôles de l'ambulancier paramédical au champ d'exercice étendu en région rurale ont été étudiés en Tasmanie, en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie-Méridionale et dans l'État de Victoria afin de mettre en évidence des éléments communs susceptibles d'éclairer un modèle de champ d'exercice étendu de la profession d'ambulancier paramédical. La collecte de données qualitatives a été réalisée par le biais d'entrevues semi-structurées menées auprès d'intervenants clés et à partir de documents organisationnels. Une analyse thématique des cas individuels et de l'ensemble des cas a permis de constater que l'implication communautaire était un élément clé des différents rôles. Cet article repose en grande partie sur les données issues des études de cas réalisées dans l'État de Victoria et en Tasmanie, car l'implication communautaire était un aspect jugé particulièrement important dans ces régions. **Résultats :** D'après les études de cas, les ambulanciers paramédicaux au champ d'exercice étendu ont permis une hausse des interactions entre les services ambulanciers et les collectivités rurales, qui s'est accompagnée d'une amélioration globale des soins de santé grâce au renforcement de la capacité d'intervention communautaire, au rapprochement des collectivités et des services ambulanciers et à la multiplication des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies à l'échelon communautaire. Les compétences de leadership, d'encadrement et de communication sont importantes pour réussir dans les fonctions d'ambulancier paramédical au champ d'exercice étendu. **Conclusion :** Dans les régions rurales, les ambulanciers paramédicaux au champ d'exercice étendu peuvent améliorer les soins de santé hors du champ des compétences cliniques directes grâce à une implication communautaire active élargissant la capacité des autres membres de la collectivité et renforçant les liens entre les services et les collectivités. Au vu de l'optimisation recherchée par les services de santé sur le plan de l'efficacité des travailleurs médicaux, il s'avère important de comprendre l'intensification des efforts qui peut découler d'une coalition entre les praticiens et les collectivités pour orienter les futures stratégies.	Stirling, C.M., O'Meara, P.O., Pedler, D., Tourle, V. et Walker, J. (2007). « Engaging rural communities in health care through a paramedic expanded scope of practice », *in Rural and Remote Health*, 7 (839).

22	**Contexte :** Le praticien médical d'urgence est un praticien généraliste qui allie les compétences étendues des professions d'infirmier et d'ambulancier paramédical. Ce « nouveau » rôle est né des initiatives d'évolution professionnelle visant à améliorer les perspectives de carrière du personnel au sein du National Health Service et à garantir que les besoins sanitaires des patients soient évalués comme il convient. **Objectif :** Décrire l'élaboration des projets relatifs aux praticiens médicaux d'urgence lancés sur 17 sites, identifier les critères contribuant à l'instauration d'un cadre opérationnel fructueux, analyser les données de routine recueillies et fournir une estimation préliminaire des coûts. **Méthodologie :** Trois méthodes ont été employées : (a) une enquête quantitative comprenant un questionnaire adressé aux chargés de projet des 17 sites, avec analyse des données de routine recueillies; (b) une interprétation qualitative des entrevues téléphoniques menées sur six sites; et (c) une étude des coûts économiques. **Résultats :** Parmi les 17 sites contactés, 14 (82,5 %) ont répondu au questionnaire. La plupart des praticiens médicaux d'urgence (77,4 %) avaient reçu une formation d'ambulancier paramédical et suivi des programmes pédagogiques, des formations et des évaluations pour étendre leurs compétences. D'après les données de routine recueillies, 54 % des prises de contact des patients avec le service des praticiens médicaux d'urgence n'ont nécessité aucun aiguillage vers un autre professionnel de la santé ni aucun recours à un transport d'urgence. Selon les constatations portant sur un sous-ensemble de six sites, les facteurs contribuant à l'instauration d'un cadre opérationnel fructueux étaient l'adoption de stratégies dépassant le cadre d'organisation traditionnel et la souplesse d'intégration des effectifs compétents aux services existants. Les problématiques suivantes ont été identifiées dans tous les projets : sécurité des patients, gouvernance clinique appropriée, supervision et ressources humaines. D'après les données disponibles, le coût moyen par prise de contact des patients avec un praticien médical d'urgence s'élève à 24,00 £, ce qui s'avère inférieur au coût d'intervention d'un service d'urgence (55,00 £). **Conclusion :** Les données laissent à penser que les projets relatifs aux praticiens médicaux d'urgence évoluent conformément aux objectifs d'origine et pourraient avoir un impact significatif sur la charge de travail des services d'urgence. **Limites :** Les études ont été réalisées selon des calendriers serrés, ce qui a restreint la collecte de données plus détaillées à des fins d'analyse. Seuls 50 % des sites sondés étaient opérationnels. Les données relatives à la prise de contact des patients étaient également incomplètes et présentaient un contenu limité. Les auteurs notent que cela s'explique principalement par le fait que l'envoi des données par chaque projet s'effectuait sur la base du volontariat et que la méthode de collecte des données n'était pas prévue à des fins de recherche, mais pour le suivi des activités de chaque site.	Mason, S., Coleman, P., O'Keefe, C., Ratcliffe, J. et Nicholl, J. (2006). « The evolution of the emergency care practitioner role in England: Experiences and Impact », *in Emergency Medicine Journal, 23*, 435-439.

23	**Introduction :** Un grand nombre d'appels sont passés au numéro d'urgence 999 par des personnes âgées ayant fait une chute et nombreuses sont celles qui ne sont pas transférées à l'hôpital. En général, aucun protocole à suivre n'est prévu en l'absence d'hospitalisation des patients et les équipes ambulancières n'ont pas reçu de formation particulière à ce sujet. Par ailleurs, les systèmes d'aiguillage sont rares. La qualité et la sécurité de la pratique actuelle sont analysées dans cette étude qui décrit, pour la première fois, les résultats à court terme obtenus chez les personnes âgées laissées à leur domicile par les équipes ambulancières d'urgence après une chute. Ces résultats viendront éclairer l'élaboration d'un processus de soins pour cette population. **Méthodologie :** Les données provenant des services ambulanciers d'urgence de Londres ont été analysées à la recherche de tendances relatives aux résultats des interventions et des sorties en 2003–2004. Toutes les personnes âgées prises en charge par le personnel ambulancier d'urgence après une chute, aux mois de septembre et d'octobre 2003, dans trois quartiers de Londres ont été identifiées. Parmi ces cas, les patients qui n'ont pas été transférés à l'hôpital ont fait l'objet d'un suivi; les prises de contact avec des professionnels de la santé et les décès survenus dans les deux semaines suivantes ont été recensés. **Résultats :** En 2003–2004, 8 % des appels passés au numéro d'urgence 999 à Londres concernaient des personnes âgées ayant fait une chute (n = 60 064), parmi lesquelles 40 % n'ont pas été transférées à l'hôpital. Sur les 2 151 appels d'urgence pris en charge dans les quartiers à l'étude en septembre-octobre 2003, 534 concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant fait une chute. Parmi ces patients, 194 (36,3 %) sont restés à domicile. Quatre-vingt-six personnes (49 %) ont pris contact avec des professionnels de la santé au cours de la période de suivi de deux semaines et 83 personnes (47 %) ont rappelé le 999 au moins une fois. Un risque accru de décès (ratio normalisé de mortalité = 5,4) et d'hospitalisation (4,7) a été observé par rapport à la population générale du même âge à Londres. **Commentaire :** Le taux de prise de contact ultérieure avec les services médicaux d'urgence et le risque accru de décès et d'hospitalisation chez les personnes âgées laissées à domicile après un appel au 999 sont alarmants. Il est nécessaire de mener d'autres travaux de recherche pour déterminer les modèles adaptés à la prestation de soins chez cette population vulnérable.	Snooks, H.A., Halter, M., Close, J.C.T., Cheung, W-Y., Moore, F. et Roberts, S.E. (2006). « Emergency care of older people who fall: A missed opportunity », *in Quality and Safety in Health Care, 15*, 390-392.

	Littérature grise	
24	Cette publication d'information sur les sites Web des ambulanciers paramédicaux australiens indique que Paramedics Australasia (PA) Nouvelle-Zélande a préparé une soumission officielle à l'examen récent de la Loi HPCA (*Health Practitioners Competence Assurance*) de 2003. Cet examen a commencé le 31 août 2012 avec la publication d'un document de discussion par le ministère de la Santé demandant l'avis des parties prenantes. Le champ d'application de l'examen a été accepté par le conseil des ministres dans l'optique de s'assurer que la Loi continue de protéger la compétence des professionnels de la santé dans un système de santé en pleine évolution. La soumission de PA à cet examen portait sur les principaux enjeux intéressant les ambulanciers paramédicaux en Nouvelle-Zélande, soulignant le rôle important qu'ils jouent dans le parcours du patient et l'instauration du traitement médical en milieu extrahospitalier. Le document intégral (en anglais uniquement) est accessible à l'adresse suivante : http://www.paramedics.org.au/content/2012/10/PANZ-Submission-2012-Review-of-HPCAA.pdf.	Cotton, A. (2012). PA Submission to the New Zealand Ministry of Health (Soumission de PA au ministère de la Santé néo-zélandais, en anglais uniquement). Site Web de Paramedics Australasia. Dernière consultation : décembre 2012.
25	Le HCPC (Health & Care Professions Council) est un organisme de réglementation créé dans le but de protéger le grand public. Il tient à jour un registre des professionnels de la santé qui satisfont aux normes du HCPC en matière de formation, de compétences professionnelles, de comportement et de santé. À l'heure actuelle, le HCPC réglemente 16 professions, y compris celles des praticiens du ministère d'application et des ambulanciers paramédicaux. Toutes ces professions possèdent au moins une appellation professionnelle protégée par la loi, comme le terme « ambulancier paramédical ». Cela signifie, par exemple, que toute personne employant l'appellation « ambulancier paramédical » doit être inscrite auprès du HCPC. En cas de non-respect des normes du HCPC, l'organisme peut prendre des mesures et notamment interdire l'exercice de la profession au contrevenant. Pour en savoir plus, consultez la rubrique About us (À propos de nous) sur le site du HCPC. Cet examen se fonde également sur les renseignements figurant aux pages suivantes du site Web du HCPC (en anglais uniquement) : • Standards of Proficiency: Paramedics [Normes de compétence : Ambulanciers paramédicaux] (HCPC, 2012a) http://www.hpc-uk.org/assets/documents/1000051CStandards_of_Proficiency_Paramedics.pdf Ce document énonce les normes de compétence des ambulanciers paramédicaux. Il incombe également aux professionnels inscrits de respecter les règles de conduite, normes de performance et codes de déontologie formulés par le HCPC dans d'autres documents. Ces normes sont en vigueur depuis le 1er novembre 2007 et ont été amendées au mois d'août 2012 suite au changement de nom de l'organisme. • Approved Programmes [Programmes agréés] (HCPC, 2012b) http://www.hpc-uk.org/education/programmes/ Cette rubrique met en avant le rôle du HCPC dans l'accréditation des programmes britanniques ouvrant droit à une demande d'inscription au registre du HCPC. • HCPC, Professions: Paramedics [HCPC, Professions : Ambulanciers paramédicaux] (HCPC, 2012c) http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/professions/index.asp?id=10#profDetails D'après le HCPC, les ambulanciers paramédicaux prodiguent des soins spécialisés et traitent les patients présentant des affections ou blessures aiguës. Ils peuvent administrer un panel de médicaments et pratiquer certains actes chirurgicaux. (Voir HCPC, Professions.)	Site Web du Health & Care Professions Council (2012). About us (À propos de nous). Londres, Royaume-Uni : Health & Care Professions Council. Dernière consultation : décembre 2012.

26	Cette rubrique présente la vision et le mandat de l'IRCP (International Roundtable on Community Paramedicine) et définit les services paramédicaux communautaires comme un modèle de prise en charge dans le cadre duquel les ambulanciers paramédicaux appliquent les connaissances et compétences acquises lors de leur formation dans des environnements communautaires « non traditionnels » (en dehors du modèle habituel d'intervention d'urgence/transport). Les ambulanciers paramédicaux communautaires sont susceptibles d'avoir un « champ d'exercice étendu » (application de compétences/protocoles spécialisés au-delà de la portée de leur formation d'origine) ou de jouer un « rôle étendu » (réalisation de tâches non traditionnelles grâce à la mise en pratique des compétences existantes).	International Roundtable on Community Paramedicine [IRCP] (2012). IRCP Vision and Mission Statements (Vision et mandat de l'IRCP). Dernière consultation : décembre 2012.
27	Cette page du site Web du NREMT (National Registry of Emergency Medical Technicians) identifie les cinq niveaux d'accréditation nationale aux États-Unis : premier intervenant, technicien médical des services d'urgence – niveau élémentaire, technicien médical des services d'urgence – niveau intermédiaire/85, technicien médical des services d'urgence – niveau intermédiaire/99 et ambulancier paramédical. Les questions de l'examen (items) sont rédigées par des experts nationaux des SMU (représentants de l'État, éducateurs, employeurs et médecins SMU, entre autres). L'accréditation par le NREMT témoigne de l'obtention d'un niveau de compétence normalisé. L'accréditation signifie qu'une personne détient les compétences de premier niveau, mais ne l'autorise pas à travailler. Les professionnels médicaux d'urgence sont tenus d'obtenir une autorisation d'exercer délivrée par l'État.	Site Web du National Registry of Emergency Medical Technicians [NREMT] (2012a). Fast Facts (Faits en bref). Dernière consultation : novembre 2012.
28	Cette page du site Web du NREMT (National Registry of Emergency Medical Technicians) explique comment ce registre est corrélé à la prestation des services SMU. Elle précise que les professionnels SMU peuvent suivre une formation de premier intervenant (environ 40 heures), de technicien médical des services d'urgence — niveau élémentaire (environ 110 heures), de technicien médical des services d'urgence — niveaux intermédiaires (200 à 400 heures) ou d'ambulancier paramédical (1 000 heures ou plus). Elle indique également que les bureaux SMU des États sont notamment chargés de délivrer les autorisations d'exercer aux professionnels SMU et aux fournisseurs de services ambulanciers. À l'heure actuelle, l'accréditation du NREMT est requise dans 46 États pour obtenir un permis d'exercer une profession dans les SMU. Certains États exigent le maintien de l'accréditation auprès du NREMT pour habiliter les fournisseurs SMU à exercer sans interruption, tandis que d'autres ont instauré leur propre système de renouvellement des permis. Tous les fournisseurs SMU sont tenus de suivre une formation continue.	Site Web du National Registry of Emergency Medical Technicians [NREMT] (2012b). Integration of NREMT and EMS (Intégration du NREMT et des SMU). Dernière consultation : novembre 2012.
29	Cette page du site Web du NREMT (National Registry of Emergency Medical Technicians) décrit la nature de la profession des fournisseurs SMU et fournit des renseignements généraux sur le volume d'heures de formation recommandé pour atteindre chaque niveau, à savoir : répondant médical d'urgence, 58 heures de formation; technicien médical des services d'urgence, 150 heures de formation; technicien médical des services d'urgence de niveau avancé, 150 heures de formation supplémentaire; ambulancier paramédical, 1 200 heures de formation agréée. Elle souligne également qu'un professionnel doit d'abord devenir technicien médical des services d'urgence, puis suivre une formation approfondie avant d'accéder au poste de technicien médical des services d'urgence de niveau avancé et que la formation à ces deux fonctions est combinée dans certains États sous la forme d'un cursus de 300 heures.	Site Web du National Registry of Emergency Medical Technicians [NREMT] (2012c). Become involved as an EMS professional (Devenir professionnel au sein des SMU). Dernière consultation : novembre 2012.

30	Cette page du site Web du NREMT (National Registry of Emergency Medical Technicians) souligne les différences entre accréditation et autorisation d'exercer. Bien que lesdits termes soient employés indifféremment par le grand public, il existe d'importantes distinctions fonctionnelles entre ces deux concepts. L'accréditation est : (1) un processus volontaire; (2) délivrée par un organisme privé; et (3) utilisée aux fins de fournir des renseignements publics sur les personnes ayant mené à bien un processus d'accréditation (lequel implique généralement l'obtention du niveau d'instruction requis et la validation des tests prescrits) et démontré leur capacité à exercer leur profession de manière compétente. L'autorisation d'exercer désigne l'octroi, en application du pouvoir de police de l'État, d'une autorisation légale d'exercer une profession dans le cadre d'un champ d'exercice défini. En vertu de ce système, les États définissent par voie législative les activités et la fonction ou le champ d'exercice d'une profession et prennent les mesures qui s'imposent pour que ces tâches puissent être exercées légalement par les seuls détenteurs d'une autorisation d'exercer.	Site Web du National Registry of Emergency Medical Technicians [NREMT] (2012d). Certification v. licensure (Accréditation et autorisation d'exercer). Dernière consultation : novembre 2012.
31	Cette brochure présente l'éventail des perspectives offertes par le service ambulancier d'aujourd'hui. Elle décrit le milieu de travail au sein du NHS, détaille certains postes clés du service ambulancier, propose un plan de carrière et précise le champ des possibilités existantes au sein du service ambulancier, ainsi que la formation ou le niveau d'instruction requis pour y travailler. Les postes suivants sont mis en lumière : Préposé aux soins médicaux d'urgence : il travaille souvent en binôme avec un ambulancier paramédical lors des sorties d'ambulance après un appel au numéro d'urgence 999. Sous la supervision directe de l'ambulancier paramédical, le préposé aux soins médicaux d'urgence prodigue les soins d'urgence essentiels comme le contrôle hémorragique, le traitement des plaies et fractures et la prise en charge des patients présentant de possibles lésions de la moelle épinière. Ambulancier paramédical : c'est l'un des premiers professionnels de la santé à intervenir dans divers cas d'urgence et situations non urgentes. Souvent chef d'une équipe ambulancière de deux personnes, il est assisté par un préposé aux soins médicaux d'urgence. Cependant, il peut également travailler seul en se rendant auprès des patients à vélomoteur, dans une voiture d'intervention en cas d'urgence, voire à bicyclette. À son arrivée sur le lieu d'intervention, il évalue l'état de santé du patient et prend des décisions thérapeutiques susceptibles de lui sauver la vie avant son transfert à l'hôpital. L'ambulancier paramédical commence à administrer le traitement requis, avec l'aide du préposé aux soins médicaux d'urgence. Dans les cas où la vie du patient n'est pas en danger, il fait également appel à son jugement professionnel pour prendre des décisions cliniques importantes. Ambulancier paramédical principal : ce type d'ambulancier paramédical possède des compétences et qualifications supplémentaires lui permettant de prodiguer davantage de traitements et d'assumer de plus grandes responsabilités. Il peut exercer dans divers milieux comme les cabinets de médecine générale, les unités de prise en charge des blessures mineures, les cliniques sans rendez-vous et les services d'urgence hospitaliers. Il peut aussi intervenir dans les maisons de soins infirmiers, les résidences, les écoles ou les prisons.	NHS Careers (2012). Careers in the ambulance service (Carrières dans les services ambulanciers). Bristol, Royaume-Uni : NHS Careers. Dernière consultation : novembre 2012.

32	Paramedics Australasia (PA; anciennement dénommé ACAP, Australian College of Ambulance Professionals) est l'association professionnelle nationale qui représente les ambulanciers paramédicaux au service de la collectivité. Les ambulanciers paramédicaux praticiens sont surtout connus pour leur implication dans la prestation des soins extrahospitaliers d'urgence dans le cadre de leur travail au sein de divers organismes de services ambulanciers en Australie. Cependant, les ambulanciers paramédicaux exercent dans de nombreux environnements, notamment dans les milieux communautaire, industriel, militaire et universitaire, ainsi que dans le cadre d'actions humanitaires et d'opérations de secours. PA propose une plate-forme nationale pour l'élaboration et la promulgation de politiques et de normes de service permettant de renforcer la qualité des soins prodigués aux patients. À cette fin, PA représente les intérêts des praticiens sur diverses questions, notamment : l'élaboration de normes professionnelles relatives à la formation et au perfectionnement professionnel continu des ambulanciers paramédicaux praticiens; le financement, les normes, la qualité et l'accréditation des fournisseurs de services d'urgence; l'inscription de la profession d'ambulancier paramédical et l'instauration du cadre réglementaire connexe. Cet examen se fonde sur les renseignements issus de diverses pages du site Web de Paramedics Australasia (en anglais uniquement), notamment : • What is a paramedic? [Qu'est-ce qu'un ambulancier paramédical?] (Paramedics Australasia, 2012b) http://www.paramedics.org.au/paramedics/what-is-a-paramedic/ • Competency standards [Normes de compétences] (Paramedics Australasia, 2012c) http://www.paramedics.org.au/paramedics/competency-standards/ • Paramedics [Ambulanciers paramédicaux] (Paramedics Australasia, 2012d) http://www.paramedics.org.au/paramedics/what-is-a-paramedic/paramedic/ • Intensive care paramedic (ICP) [Ambulancier paramédical — soins intensifs] (Paramedics Australasia, 2012e) http://www.paramedics.org.au/paramedics/what-is-a-paramedic/intensive-care-paramedic-icp/ • Retrieval paramedic (RP) [Ambulancier paramédical — sauvetage] (Paramedics Australasia, 2012f) http://www.paramedics.org.au/paramedics/what-is-a-paramedic/retrieval-paramedic-rp/ • General care paramedic (GCP) [Ambulancier paramédical — soins généraux] (Paramedics Australasia, 2012g) http://www.paramedics.org.au/paramedics/what-is-a-paramedic/general-care-paramedic-gcp/	Site Web de Paramedics Australasia (2012). Who we are (Qui sommes-nous?). Dernière consultation : novembre 2012.
33	Le NHS (National Health Service) se divise en deux branches : soins primaires et soins secondaires. Les soins primaires constituent généralement le premier point de contact avec le système de santé de la population et sont prodigués par un vaste panel d'entrepreneurs indépendants (médecins généralistes, dentistes, pharmaciens, optométristes, etc.). Les soins secondaires, ou soins actifs, peuvent être ordinaires ou urgents. Le NHS se compose de plusieurs « fiducies » consacrées notamment aux soins primaires, aux soins actifs, à la santé mentale et aux services ambulanciers. Les véhicules d'urgence sont fournis par les fiducies des services ambulanciers du NHS. L'Angleterre en compte onze. Les services ambulanciers d'Écosse, du Pays de Galles et d'Irlande du Nord assurent les interventions dans leurs pays respectifs.	Site Web du National Health Service (2011). The NHS structure (La structure du NHS). Angleterre, Royayme-Uni : National Health Service. Dernière consultation : novembre 2012.

34	Paramedics Australasia (PA) est le premier ordre professionnel assurant la représentation des ambulanciers paramédicaux en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans la région du Pacifique. Il joue un rôle important dans l'établissement des normes relatives à l'exercice de cette profession, en contribuant notamment à l'élaboration d'une liste des compétences requises destinée à éclairer la conception des programmes de formation des ambulanciers paramédicaux. Ces normes de compétence constituent le premier document consensuel décrivant les caractéristiques essentielles de l'ambulancier paramédical. Elles ont été instaurées en vue d'appuyer l'accréditation des programmes et les cadres d'action réglementaires afin que les ambulanciers paramédicaux soient en mesure de démontrer la sécurité et l'efficacité des soins de santé prodigués dans les collectivités qu'ils desservent. Elles sont le fruit d'un examen complet des normes contemporaines adoptées par les associations professionnelles internationales des ambulanciers paramédicaux, des normes élaborées par les disciplines médicales, infirmières et paramédicales et des normes en vigueur dans d'autres pays présentant des milieux d'exercice similaires à ceux observés en Australie et en Nouvelle-Zélande. Cet examen incluait une évaluation des normes de compétence élaborées par les ambulanciers paramédicaux dans des pays/régions aux environnements d'exercice et systèmes opérationnels similaires, notamment le Profil national des compétences professionnelles du personnel paramédical mis au point par l'Association des paramédics du Canada et le cadre de référence des programmes de soins de santé pour les ambulanciers paramédicaux (Benchmark statement: Health care programme [Paramedic]) au Royaume-Uni. L'examen des normes en vigueur et l'élaboration de cette première version des normes de compétence des ambulanciers paramédicaux en Australie et en Nouvelle-Zélande ont été menés à bien par un panel d'éducateurs et de cliniciens chevronnés. Les compétences incluses dans ce document sont organisées selon les thèmes suivants : pratique professionnelle, pratique clinique et connaissances professionnelles.	Paramedics Australasia (2011). Australasian Competency Standards for Paramedics (Normes de compétence des ambulanciers paramédicaux en Australasie). Dernière consultation : 21 novembre 2012.

35	Cet article, tiré du site Web du Journal of Emergency Medical Services, expose l'histoire des services paramédicaux communautaires aux États-Unis. Il explique que le secteur paramédical évolue toujours dans le contexte de la profession de la santé au sens large, qui connaît désormais elle aussi une transition en vertu de la réforme du système de santé. Depuis les années 1980, les directeurs médicaux, les administrateurs et les ambulanciers paramédicaux des services médicaux d'urgence (SMU) ont œuvré en faveur de l'élargissement des services assurés par les SMU et, dans certains cas, de leur champ d'exercice également. L'article précise que ce rôle étendu répond à deux orientations cliniques s'articulant chacune à une extrémité du spectre de prise en charge des patients. La première orientation implique le perfectionnement des compétences cliniques des ambulanciers paramédicaux dans le domaine des soins infirmiers intensifs, aux fins d'assurer la prise en charge et le transport des patients en phase critique d'un établissement à un autre. La seconde orientation s'inscrit à l'extrémité opposée du spectre de prise en charge des patients et prévoit la multiplication des interventions des SMU auprès de patients présentant des troubles médicaux épisodiques non urgents. Au niveau international, les services paramédicaux communautaires sont largement utilisés au Canada et en Australie, principalement dans les systèmes SMU des régions rurales. Ces quatre dernières années, l'Angleterre a procédé à une réorganisation de ses systèmes SMU et de prestation des soins primaires afin d'inclure la nouvelle fonction d'ambulancier paramédical praticien axée sur la santé communautaire. Aux États-Unis, la réforme législative du système de santé promulguée au mois de mars par le président Barack Obama autorise le financement de quatre projets pilotes régionaux à l'appui d'innovations visant l'instauration de systèmes médicaux d'urgence régionaux coordonnés et responsables. Cette démarche a pour objectif de veiller à ce que le patient reçoive les soins appropriés, prodigués au bon moment par le fournisseur de soins compétent, dans l'optique d'obtenir les meilleurs résultats et de garantir l'utilisation la plus efficace des ressources sanitaires de la région. Bien que le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis n'ait pas encore défini les cahiers des charges et les exigences de ces projets pilotes, ces derniers donnent l'occasion aux collectivités intéressées d'intégrer des innovations relatives à la prise en charge SMU des patients présentant des troubles mineurs à l'échelon régional.	Krumperman, K. (2010). History of Community Paramedicine (Histoire des services paramédicaux communautaires). Dernière consultation : décembre 2012.

36	Peu après la création du HPC (Health Professional Council) [désormais dénommé HCPC, Health & Care Professional Council] et l'approbation des décrets par le Conseil privé, il s'est avéré indispensable que cet organisme assure la liaison avec les ordres de chaque profession placée sous sa responsabilité. À l'époque, la seule profession non représentée par un ordre était celle d'ambulancier. Deux collègues du service ambulancier d'Essex ont alors entrepris les efforts nécessaires à l'instauration d'un ordre professionnel chargé de représenter ses membres et d'assurer l'auto-réglementation de la profession en termes de normes et d'exigences de formation. Cet ordre a été baptisé British Paramedic Association (BPA) lors d'une réunion d'inauguration organisée à l'occasion de la conférence AMBEX de 2001. Dès lors, la BPA n'a eu de cesse de se développer et porte aujourd'hui le nom de College of Paramedics (CoP). Cet examen se fonde sur les renseignements issus de diverses pages du site Web du CoP (en anglais uniquement), notamment : • CoP - About Us [À propos de nous] (CoP, 2009a) https://www.collegeofparamedics.co.uk/about_us/ • Becoming a paramedic [Devenir ambulancier paramédical] (CoP, 2009b) https://www.collegeofparamedics.co.uk/about_us/public_information/how_to_become_a_paramedic/ Historiquement, un professionnel devait exercer différents rôles au sein d'un service ambulancier spécifique du NHS avant d'accéder à la profession d'ambulancier paramédical. Les aspirants commençaient souvent par travailler dans le service de transport des malades hors cas d'urgence, avant d'évoluer vers la prise en charge des accidents et des situations d'urgence en acquérant les compétences de technicien-ambulancier. Après une certaine expérience en qualité de technicien, les candidats devaient passer des examens d'entrée et valider un cursus de formation pour devenir ambulancier paramédical. Les cursus universitaires permettant d'acquérir les compétences d'ambulancier paramédical s'étant multipliés, ce parcours n'est plus d'actualité. Les personnes intéressées peuvent rejoindre directement l'université pour obtenir un diplôme ouvrant droit à l'inscription auprès du HPC [HCPC] en qualité d'ambulancier paramédical.	Site Web du College of Paramedics (2009). About us (À propos de nous). Dernière consultation : 15 novembre 2012.
37	Ce rapport étudie sous diverses facettes la sécurité et la qualité des soins de santé en Australie, en abordant notamment les thèmes de l'identification des patients, de la sécurité d'emploi des médicaments et du transfert des soins. Le chapitre consacré au transfert des soins énumère les obstacles susceptibles de nuire à l'efficacité du processus, parmi lesquels figurent : l'absence de bases communes en termes de compréhension ou de pratique; le manque de transferts et de soins pluridisciplinaires; la surcharge de travail; la culture hospitalière de la hiérarchie; les interruptions et les distractions; l'implication minimale du patient et de sa famille; le manque de formation et de recherche.	Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare [ACSQHC] (2008). Windows into Safety and Quality in Health Care (Regards sur la sécurité et la qualité des soins de santé). Dernière consultation : décembre 2012.

38	Cet article explique comment la formation d'équipe combinée peut contribuer à améliorer les performances du travail d'équipe entre les ambulanciers paramédicaux, les techniciens médicaux des services d'urgence et les premiers intervenants (p. ex. pompiers, policiers). Selon ses constatations, la recherche scientifique a mis en évidence trois éléments majeurs permettant de distinguer une équipe performante : (1) connaissances inter-postes acquises par formation croisée des membres de l'équipe sur le métier de leurs collaborateurs, grâce auxquelles ils peuvent prévoir, anticiper et coordonner leurs efforts plus efficacement; (2) communication au sein de l'équipe, incluant des aptitudes de communication verbale et non verbale; mise en œuvre d'une communication opportune ou informationnelle, avec concision, exhaustivité et clarté; (3) modèles de pensée communs permettant aux membres de l'équipe de partager la même vision des moyens à mettre en œuvre pour atteindre leur objectif. Cet article formule également quelques lignes directrices d'ordre général relatives à l'élaboration d'un programme de formation d'équipe combinée.	Tomek, S. (2008) Combined Team Training (Formation d'équipe combinée). EMS World. Dernière consultation : décembre 2012.
39	Ce rapport décrit le modèle de champ d'exercice national des SMU de la National Highway Traffic Safety Administration. Ce modèle appuie un système d'autorisation d'exercer du personnel SMU couramment employé par les autres professions paramédicales et vise à orienter l'élaboration de la législation, des règles et de la réglementation relatives au champ d'exercice de la profession dans chaque État. Le respect le plus scrupuleux possible du modèle de champ d'exercice national des SMU par les États permet d'améliorer la cohérence de la nomenclature et des compétences du personnel SMU à l'échelle nationale, de promouvoir la réciprocité, d'améliorer la mobilité professionnelle et de renforcer l'identification et la compréhension des SMU par le grand public. Le modèle de champ d'exercice national des SMU définit quatre niveaux d'autorisation d'exercer du personnel SMU : répondant médical d'urgence, technicien médical des services d'urgence, technicien médical des services d'urgence de niveau avancé et ambulancier paramédical. Chacun de ces niveaux correspond à un rôle, un ensemble de compétences et une base de connaissances qui lui sont propres.	National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA, 2007). National EMS Scope of Practice Model (Modèle de champ d'exercice national des SMU). Washington : département des Transports des États-Unis.
40	Ce commentaire évoque diverses préoccupations quant à la sécurité et à l'efficacité des soins prodigués par les praticiens médicaux d'urgence. Selon lui, le rôle du praticien médical d'urgence au Royaume-Uni s'est étoffé rapidement au cours des trois dernières années. L'objectif était de faire appel à des praticiens préhospitaliers, issus du milieu infirmier et paramédical, capables d'assurer le traitement et la sortie des patients et d'éviter ainsi leur transfert au service d'urgence, pour une prise en charge plus commode et plus rapide des cas les moins graves ne nécessitant pas d'hospitalisation. Sur le plan politique, cette évolution visait à réduire les délais de réponse des ambulances, grâce à un nombre plus restreint de rotations, et à raccourcir l'attente dans les services d'urgence en diminuant la fréquentation. En conclusion, ce commentaire précise qu'il est important, à mesure de la création de nouveaux rôles, d'évaluer la sécurité et la qualité des soins de santé, ainsi que la concrétisation de changements et objectifs dans d'autres processus.	Cooke, M. (2006). « Emergency Care Practitioners: A new safe effective role? », *in Quality and Safety in Health Care, 15*, 387.

41	Ce rapport de l'ACPHR (Australian Centre for Prehospital Research) étudie le potentiel associé aux rôles d'ambulancier paramédical au champ d'exercice étendu dans l'État du Queensland, en Australie. Il remarque que, ces dernières années, les analystes de la réforme du système de santé et divers documents de politique sanitaire au niveau de l'État et à l'échelon fédéral prônent l'examen des modèles de prestation des soins et la création de rôles génériques de travailleur de la santé. Les programmes au champ d'exercice étendu, comme celui applicable aux infirmiers praticiens, ont contribué à améliorer la prise en charge des patients en assurant un meilleur accès aux procédures de routine, conseils et soins de suivi au sein des collectivités rurales et éloignées. L'Australie souffre actuellement d'une pénurie de professionnels de la santé, qui touche plus particulièrement ces régions. D'après les données probantes issues d'évaluations récentes de la profession d'infirmier praticien, ce modèle a permis d'améliorer les résultats sanitaires et a été largement accepté, au vu du taux élevé de satisfaction des patients. Les ambulanciers paramédicaux au service de certaines collectivités rurales et éloignées exercent des tâches plus diversifiées au sein d'un champ d'exercice officieusement étendu et se sont exprimés en faveur de la reconnaissance officielle de ces rôles. Il est possible d'étendre davantage la capacité des services de santé en mettant à profit cette occasion d'officialiser les rôles étendus de l'ambulancier paramédical et en développant des modèles génériques de travailleur de la santé. Un examen des programmes de champ d'exercice étendu de l'ambulancier paramédical mis à l'essai aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni et des études d'évaluation consécutives a été mené à bien. La diversité de ces programmes reflète en partie l'objectif pour lequel ils ont été conçus et adaptés en fonction des besoins propres aux collectivités locales. Les succès, les échecs et les défis rencontrés lors de l'élaboration de ces programmes sont présentés. Le rapport précise que bon nombre d'entre eux ont contribué à améliorer les résultats sanitaires à l'échelon communautaire, tout en restant viables sur le plan économique, et qu'ils ont reçu l'approbation de la collectivité et atteint des taux élevés de satisfaction.	Raven, S., Tippett, V., Ferguson, J.G. et Smith, S. (2006). *An exploration of expanded paramedic healthcare roles for Queensland*. Queensland : département des Services d'urgence de l'Australie. Dernière consultation : décembre 2012.
42	La MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) est l'organisme gouvernemental chargé de veiller à la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux. La MHRA est un organe exécutif du département de la Santé. Aux termes de la législation sur les médicaments, les ambulanciers paramédicaux inscrits sont habilités à administrer, de leur propre chef, divers médicaments par voie parentérale aux fins de la prise en charge immédiate et nécessaire des personnes malades ou blessées, sans être tenus — comme c'est normalement le cas — d'obtenir l'ordonnance ou les directives d'un médecin prescripteur. Cette page du site Web fournit également une liste des médicaments susceptibles d'être administrés par les ambulanciers paramédicaux, de leur propre chef, uniquement aux fins du traitement immédiat et nécessaire des personnes malades ou blessées.	Site Web de la MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, 2005). Paramedics: Exemptions (Ambulanciers paramédicaux : exemptions). Dernière consultation : 20 novembre 2012.
43	Le site Web de la Community Healthcare and Emergency Cooperative définit le rôle de l'ambulancier paramédical communautaire. Ce dernier est chargé de répondre aux besoins sanitaires identifiés dans les collectivités mal desservies, dans l'optique d'améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens et des visiteurs dans les régions rurales et éloignées. Son rôle inclut notamment : la sensibilisation; le bien-être; le dépistage; l'enseignement sanitaire; la vaccination; la gestion thérapeutique, y compris la compréhension approfondie de la surveillance du diabète, de l'insuffisance cardiaque congestive ou d'autres affections coûteuses et des méthodes et médicaments permettant de les traiter; la reconnaissance des problèmes de santé mentale et l'aiguillage au sein du système de prise en charge existant; le soin des plaies; les programmes de sécurité; et la pratique en qualité d'assistants médicaux dans les cliniques et hôpitaux de campagne des collectivités qui en disposent.	Community Healthcare and Emergency Cooperative (n.d). Community Paramedic (Ambulancier paramédical communautaire). Dernière consultation : décembre 2012.

44	Les services ambulanciers prodiguent des soins de santé dans les situations d'urgence comme dans les cas non urgents, c'est pourquoi il existe diverses possibilités d'évolution professionnelle. Ce site Web décrit les différentes carrières au sein du service ambulancier, à savoir : assistant au secours ambulancier/conducteur du service de transport des malades, préposé aux soins médicaux d'urgence, répartiteur aux urgences médicales/responsable du traitement des appels, ambulancier paramédical, responsable de la gestion des sorties d'ambulance et ambulancier paramédical principal. Cet examen se fonde sur les renseignements issus de diverses pages du site Web NHS Careers (en anglais uniquement), notamment : • Emergency care assistant [Préposé aux soins médicaux d'urgence] (NHS Careers, n.d.b) http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/ambulance-service-team/careers-in-the-ambulance-service-team/emergency-care-assistant/ • Paramedic [Ambulancier paramédical] (NHS Careers, n.d.c) http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/ambulance-service-team/careers-in-the-ambulance-service-team/paramedic/ • Senior paramedic [Ambulancier paramédical principal] (NHS Careers, n.d.c) http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/ambulance-service-team/careers-in-the-ambulance-service-team/senior-paramedic/	NHS Careers (n.da). Careers in the ambulance service team (Carrières dans l'équipe des services ambulanciers). Dernière consultation : 15 novembre 2012.
45	Ce document tiré du site Web de l'IRCP (International Roundtable on Community Paramedicine) propose une vue d'ensemble de l'initiative des îles Long et Brier portant sur les services paramédicaux communautaires. Comme l'explique l'abrégé, en cette période de restrictions budgétaires où les ressources humaines et financières du système de santé sont exploitées jusqu'à la limite, un concept novateur en matière de prestation des soins primaires a vu le jour dans deux collectivités insulaires. Bien que l'idée ne soit pas nouvelle, les services paramédicaux communautaires n'avaient jusqu'alors jamais été mis en œuvre dans le cadre d'une collaboration avec un infirmier praticien et un médecin hors site. Ce modèle de prestation est actuellement employé dans les îles Long et Brier, deux collectivités insulaires isolées de Nouvelle-Écosse. À l'époque de ce rapport, une baisse de 23 % des visites au service d'urgence par les insulaires (pour les années 2002 et 2003) avait été constatée depuis la mise en œuvre de ce modèle de prestation. Ce document note également que l'ajout du champ d'exercice des infirmiers praticiens s'est accompagné d'une expansion des types de services mis à la disposition des résidents insulaires, ce qui a permis aux ambulanciers paramédicaux de prodiguer des soins plus complexes comme le soin des plaies, de participer à des cours pratiques sur la grippe et d'intervenir lors de séances pédagogiques de prévention à l'échelon communautaire (p. ex. sur la prévention des chutes chez les personnes âgées).	Misner, D. (n.d). Community Paramedicine: Part of an Integrated Health Care System (Les services paramédicaux communautaires, volet d'un système de santé intégré). Dernière consultation : décembre 2012.

46	Le CAA (Council of Ambulance Authorities) est l'instance dirigeante des services ambulanciers en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Il accrédite les programmes de formation des ambulanciers paramédicaux de premier niveau (pour en savoir plus, rendez-vous sur le site : http://caa.net.au/en/education). Parmi les membres du CAA figurent les principaux fournisseurs de services ambulanciers opérant dans chaque État et territoire d'Australie (à savoir The Australian Capital Territory Ambulance Service, Ambulance Service of New South Wales, Ambulance Tasmania, Ambulance Victoria, Queensland Ambulance Service, South Australia Ambulance Service Inc., St John Ambulance Australia (Northern Territory) Inc. et St John Ambulance Australia (Western Australia) Inc.) et en Nouvelle-Zélande (St John New Zealand et Wellington Free Ambulance). Cet examen se fonde également sur d'autres pages de ce site Web (en anglais uniquement), notamment : • Accreditation of Paramedic Education Programs [Accréditation des programmes de formation des ambulanciers paramédicaux] (site Web du Council of Ambulance Authorities, n.d.b) http://caa.net.au/en/education	Site Web du CAA (Council of Ambulance Authorities, n.da). About us (À propos de nous). Dernière consultation : 6 décembre 2012.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

56, rue Wellesley Ouest
12e étage
Toronto, Ontario, Canada M5S 2S3

Téléphone: 416-326-1550
Interurbains sans frais: 1-888-377-7746
Télécopieur: 416-326-1549

Site web: **www.hprac.org/fr**
Twitter: **http://Twitter.com/CCRPSOntario**
Courriel: **hpracwebmaster@ontario.ca**

ISBN 978-1-4606-1464-8(Imprimé)
ISBN 978-1-4606-1465-5(PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012
8 04/13